

AS NECESSIDADES DAS PESSOAS MAIS VELHAS COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

MANUEL JOAQUIM DE BRITO PASSOS

Tese de doutoramento em Gerontologia e Geriatria

2014

MANUEL JOAQUIM DE BRITO PASSOS

AS NECESSIDADES DAS PESSOAS MAIS VELHAS COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria. Especialidade em Gerontologia. Programa Doutoral da Universidade do Porto (Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar) e da Universidade de Aveiro.

Orientadora:

Professora Doutora Lia P. N. S. Fernandes
Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Co-orientador:

Professor Doutor Carlos A. C. Sequeira
Professor Coordenador
Escola Superior de Enfermagem do Porto

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Lia Fernandes, orientadora deste trabalho, pela sua competência, pelo rigor e exigência e pela forma disponível e construtiva com que procurou partilhar o seu conhecimento, bem como por todo o incentivo, apoio e compreensão.

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira, co-orientador deste trabalho, pela sua competência e pelas suas orientações, bem como pela disponibilidade e incentivo, que muito contribuíram para prosseguir os meus objectivos e enfrentar as dificuldades com maior entusiasmo e confiança.

Aos utentes, familiares e cuidadores pelo seu voluntarismo e disponibilidade para colaborarem nas entrevistas, assim como pela partilha da informação, que tornou possível a concretização deste estudo, permitindo-me também compreender mais profundamente os contextos de vida e os problemas e necessidades das pessoas mais velhas.

Ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, EPE), aos responsáveis do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e aos técnicos e demais profissionais do Hospital de Santa Luzia e do Hospital Conde de Bertiandos, pelo acolhimento e por todas as facilidades concedidas no planeamento e realização da minha atividade de investigação.

Aos directores, técnicos e funcionários dos Lares pelo acolhimento e pela sua preocupação em garantir as melhores condições para a realização do meu trabalho.

A todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste projeto, o meu muito obrigado.

Bem hajam e a minha reconhecida gratidão!

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população é hoje um fenómeno global, verificando-se tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, levando progressivamente a uma mudança da estrutura demográfica mundial. Estima-se que dentro de poucos anos Portugal seja um dos países da União Europeia com maior percentagem de pessoas mais velhas. A doença mental constitui um foco de morbilidade importante neste sector da população, encontrando-se uma prevalência significativa de perturbações depressivas e síndromes demenciais. Em associação a estas condições ocorrem em conjunto alterações cognitivas, psicológicas e comportamentais que determinam problemas e necessidades específicas, que requerem uma resposta contextualizada de acordo com as características da população, os recursos existentes e as prioridades de saúde. Muitas destas manifestações constituem focos relevantes para a prática de enfermagem. Neste enquadramento, o presente trabalho teve como principal linha de investigação as necessidades das pessoas mais velhas com problemas de saúde mental, vertida em duas perspectivas de análise: uma centrada nos focos de enfermagem (componente A) e outra baseada no modelo biopsicossocial considerando as necessidades cobertas e não cobertas nos domínios ambiental, físico, psicológico e social (componente B).

Objectivos: 1. Pretendeu-se identificar os focos de atenção de enfermagem relacionados com a saúde mental, mais comuns nos mais velhos, relacionando-os com os factores sociodemográficos, clínicos e de funcionalidade. Procurou-se ainda dar um contributo para a criação de um catálogo CIPE e para o desenvolvimento de um questionário de avaliação clínica de enfermagem na área da psiquiatria e saúde mental. 2. Identificar as necessidades cobertas e não cobertas dos idosos com problemas de saúde mental e analisar igualmente a relação entre estas e os factores sociodemográficos, clínicos e de funcionalidade

Método: Este trabalho foi estruturado em dois componentes. Componente A – Focos de Enfermagem: Efectuou-se inicialmente uma pesquisa documental tendo por base os registos de 71 utentes internados numa unidade de internamento de psiquiatria, com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, com doença mental diagnosticada pela CID-9. Foi utilizado o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) para aceder aos dados relativos aos focos de enfermagem e o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) para recolha de outros dados clínicos. Para completar a caracterização sócio-demográfica e clínica, efectuou-se também a consulta do processo individual de cada utente. Posteriormente realizou-se um estudo piloto com uma amostra de 75 utentes, recrutados do internamento e da consulta externa do Departamento de Psiquiatria e

Saúde Mental (DPSM), da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, EPE). Estes foram avaliados com: Mini Mental State Examination/MMSE e Teste do Relógio/CDT (cognição); Escala de Depressão Geriátrica/GDS (depressão) e Escala de Ansiedade de Zung/ZAS (ansiedade); Índice de Barthel/BI e o Índice de Lawton/LI (funcionalidade) e Classificação Social de Graffar/GSC (caracterização sociodemográfica).

Com base nestes dois estudos, foi realizado um estudo Delphi para seleccionar e hierarquizar os focos mais comuns e para a validação do conteúdo de um questionário de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. No estudo Delphi foi utilizado um painel de 50 enfermeiros pertencentes a uma sociedade científica de enfermagem, tendo sido realizadas 3 rondas. Para cada ronda foi construído um questionário e enviado por email ao painel Delphi. Na primeira ronda identificaram-se e hierarquizaram-se os focos de enfermagem, que serviram de base para a criação da primeira fase do catálogo CIPE, tendo-se também seleccionado 12 focos para o desenvolvimento do instrumento de avaliação clínica de enfermagem. Na segunda ronda foi validado um conjunto de enunciados clínicos em relação a cada foco e na terceira ronda classificaram-se estes enunciados, de acordo com as suas propriedades clínicas para identificar diagnósticos de enfermagem no domínio de cada foco.

Componente B - Identificação de necessidades cobertas e não cobertas em idosos com doença mental, tendo sido realizado inicialmente um estudo piloto na mesma amostra de 75 utentes, referida no Componente A. Posteriormente, realizou-se o estudo principal com uma amostra de 306 utentes, recrutados do internamento e da consulta externa do referido Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, da ULSAM, EPE. O protocolo de avaliação incluiu os mesmo instrumentos referidos anteriormente (MMSE, CDT, GDS, ZAZ, BI, LI, GSC), a que se acrescentou a aplicação do: Camberwell Assessment of Need for the Elderly/CANE, para avaliação das necessidades.

Resultados: Componente A - Os focos de enfermagem que obtiveram maior consenso foram: cognição (100%); memória e orientação (98%); solidão e concentração (96%); depressão, ansiedade, atenção e pensamento (94%); insónia, tristeza e autocontrolo (90%). Nos diferentes estudos realizados verificou-se um maior predomínio dos focos do domínio cognitivo, aparecendo a maior parte deles nas pessoas com demência. Estes focos surgiam também correlacionados negativamente com as pontuações obtidas nos testes cognitivos (MMSE/CDT) e de funcionalidade (BI/LI), verificando-se que as pessoas com baixos scores nestas escalas apresentavam mais alterações ao nível destes focos e maiores dificuldades na realização das AVD's em geral, com maior predomínio nas actividades instrumentais. Identificaram-se também vários focos relacionados com as emoções, surgindo a maioria nas pessoas com o diagnóstico de depressão, aparecendo também correlacionados positivamente com pontuações mais altas nas escalas de

depressão e ansiedade (GDS/ZAS). No entanto, as alterações ao nível destes focos não comprometiam tanto a funcionalidade e a realização das actividades de vida diária/AVD's. Por outro lado, observou-se que os focos do domínio cognitivo eram mais frequentes nas pessoas com mais idade ao contrário dos focos relacionados com as emoções que apareciam mais associados a pessoas menos velhas. Não se verificaram associações significativas entre os focos de enfermagem e o género.

Os resultados desta componente permitiram também criar um catálogo CIPE de focos de enfermagem, que servirá para o desenvolvimento de um procedimento dirigido à prestação de cuidados às pessoas mais velhas, em contextos de saúde mental e psiquiatria. Validou-se ainda uma versão provisória de um instrumento de avaliação clínica, neste âmbito, para desenvolvimento futuro com o objectivo de otimizar a colheita de dados, de forma desejavelmente mais rigorosa e efectiva.

Componente B – Os diagnósticos psiquiátricos mais comuns foram perturbação depressiva (33.7%) e demência (24.5%). A maior parte das necessidades cobertas identificadas foram no domínio da saúde física (87.6%), cuidados com a casa (66.3%), informação (66.0%), sofrimento psicológico (62.7%) e alimentação (61.8%). As necessidades não cobertas situaram-se ao nível das actividades diárias (46.7%), sofrimento psicológico (25.8%), memória (13.4%), benefícios sociais (11.4%) e companhia (8.2%). A maior parte dos cuidadores apresentava sofrimento psicológico (65.1%), sendo que 24.1% tinham esta necessidade como não coberta.

A maioria dos pacientes apresentava défice cognitivo (MMSE, 47.4%; CDT, 68.4%) níveis elevados de depressão (GDS, 64.7%) e ansiedade (ZAS, 57.6%), bem como dependência nas ABVD's (IB, 51.3%) e nas AIVD's (LI, 83.3%). Verificaram-se correlações negativas entre as necessidades globais identificadas pelo CANE e os resultados do MMSE, CDT, BI e LI ($r_s = -0.69$, $r_s = -0.52$, $r_s = -0.76$, $r_s = -0.86$, respectivamente) e correlações positivas com a GDS ($r_s = 0.39$).

Discussão e Conclusão: Relativamente à Componente A deste trabalho, os resultados obtidos nos diferentes estudos foram similares, verificando-se um grande predomínio dos focos do domínio cognitivo e das emoções. Estes domínios apareciam associados a problemas e necessidades específicas, com dificuldades ao nível da funcionalidade, exigindo uma atenção particular, enquanto áreas relevantes para a prática de enfermagem e para a prestação de cuidados de saúde em geral. Neste sentido, torna-se importante criar e utilizar procedimentos de avaliação, de modo a efectuar uma identificação rigorosa e consistente dos problemas das pessoas mais velhas com doença mental. Tendo em conta as limitações sentidas com a utilização da CIPE ao longo do trabalho realizado, mostrou-se como fundamental a melhoria desta classificação de modo

a torná-la mais objectiva e adequada à planificação das actividades de avaliação e intervenção em enfermagem.

Tendo em conta as necessidades sentidas, e as dificuldades reportadas anteriormente, procurou-se, a partir da realização deste trabalho, lançar as bases para o desenvolvimento futuro de procedimentos de avaliação e intervenção em enfermagem, que permitam colmatar muitas das necessidades identificadas e melhorar a prática de cuidados, neste âmbito.

No que diz respeito ao trabalho desenvolvido na Componente B, verificou-se um predomínio das necessidades não cobertas ao nível das actividades diárias, do sofrimento psicológico e da memória, o que tem sido também descrito por outros autores. A maior parte dos cuidadores apresentou sofrimento psicológico e os doentes com demência foram os que apresentaram um maior número de necessidades globais, corroborado pelos défices cognitivos, baixa funcionalidade e níveis mais elevados de depressão associados a um maior número de necessidades, à semelhança de outros estudos internacionais.

O sofrimento psicológico quer dos idosos quer dos cuidadores informais, foi uma das necessidades não cobertas mais comuns na população estudada, sugerindo pouca preparação dos cuidadores informais (elevado grau de iliteracia) e falta de estimulação e de envolvimento dos idosos em actividades promotoras da saúde física e mental.

Em termos globais, o elevado número de necessidades não cobertas, bem como a consequente falta de respostas adequadas acarretam preocupações e maior sofrimento das pessoas mais velhas e dos seus cuidadores. Este facto reflectindo o agravamento da conjuntura sócio-económica que se verifica actualmente em Portugal, torna estas pessoas mais desprotegidas e vulneráveis à doença física e mental. Esta condição requer uma intervenção coordenada baseada numa perspectiva biopsicossocial, de modo a garantir uma melhor cobertura de necessidades, promovendo a inclusão e a qualidade de vida destas pessoas e dos seus familiares/cuidadores.

Espera-se, com este trabalho, ter contribuído para uma maior identificação da presente problemática de necessidades das pessoas mais velhas, demonstrando que se torna urgente a planificação e implementação de cuidados de saúde e de respostas sociais que perspectivem intervenções mais eficientes.

ABSTRACT

Introduction: Aging population is a global phenomenon today, in both developed and developing countries, gradually leading to a change in the global demographic structure. It is estimated that within a few years Portugal will be one of the EU countries with the highest proportion of older people. Mental illness is a major focus of morbidity in this population sector, where there is a significant prevalence of depressive disorders and dementia. In association with these conditions cognitive, psychological and behavioral disorders occur together that cause problems and needs that require a contextualized response according to the characteristics of the population, existing resources and health priorities. Many of these expressions are relevant focus for nursing practice. In this framework, the main line of research of the present work was the needs of older people with mental health problems, from two analytical perspectives: one focusing on nursing foci (component A) and another based on the biopsychosocial model considering the needs covered and not covered in the environmental, physical, psychological and social model(component B).

Objectives: 1. To identify the focus of nursing care, more common in the mental health of elderly people, associating it with sociodemographic, clinical and functional factors. We also sought to make a contribution to the creation of a CIPE catalog and the development of a questionnaire for clinical nursing assessment in psychiatry and mental health. 2. Identify needs covered and not covered for the elderly with mental health problems and also analyze the relationship between these and the sociodemographic, clinical factors and functionality.

Method: This study was divided into two components. Component A - Focus of Nursing: initially carried out desk research based on the records of 71 users admitted to a psychiatric inpatient unit, aged 65 years, of both sexes, with mental illness diagnosed by ICD -9. System Support for Nursing Practice (SAPE) was used to access the data on Nursing and Medical Support (SAM) System for collection of other clinical data. To complete the socio- demographic and clinical characteristics, each user was questioned. Subsequently a similar pilot study was carried out with a sample of 75 users, recruited from the inpatient and outpatient settings from the Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) of Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, EPE). The following were assessed: Mini Mental State Examination/MMSE and Clock Test/CDT (cognition), Geriatric Depression Scale/GDS (depression) and Zung Anxiety Scale/ZAS (anxiety), Barthel Index/BI and Index Lawton/LI (functionality) and Social Rate Graffar/GSC (sociodemographics).

Based on these two studies, a Delphi study to select and prioritize the most common foci and the content validity of a questionnaire for clinical nursing assessment of mental health and psychiatry was conducted. A panel of 50 qualified nurses was consulted for the Delphi study in 3 rounds. For each round a questionnaire was constructed and sent by email to the Delphi panel. In the first round the foci of nursing were identified and categorized, which served as the basis for the creation of the first phase of the catalog CIPE, having also selected 12 foci for the development of the instrument for clinical nursing assessment. In the second round a clinical list was validated for each focus and in the third round these utterances were classified according to their clinical nursing diagnoses for identifying the area of each focusing properties.

Component B - Identification of needs covered and not covered in elderly patients with mental illness, initially a pilot study was carried out on the same sample of 75 clients referred to in Component A. Later the main study was carried out with a sample of 306 users, recruited from inpatient and outpatient settings of referred Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, of ULSAM, EPE. The evaluation protocol included the same instruments referred to above (MMSE, CDT, GDS, ZAZ, BI, LI, GSC), and the Camberwell Assessment of Need for the Elderly/CANE, needs assessment.

Results: Component A - Focus of nursing with the greatest consensus were: cognition (100%), memory and orientation (98%); loneliness and concentration (96%), depression, anxiety, attention and thinking (94 %), insomnia, sadness and self control (90 %). In different studies, there was a higher prevalence of outbreaks of the cognitive domain, appearing mostly in people with dementia. These foci appeared also negatively correlated with scores on cognitive tests (MMSE/CDT) and functionality (BI/LI), proving that people with low scores on these scales presented more changes at the level of these focus and major difficulties in achieving ADLs in general, with higher prevalence in instrumental activities. Several focus related to emotions were also identified, appearing mostly in people diagnosed with depression, and also positively correlated with higher scores on scales of anxiety and depression (GDS/ZAS). However, changes at the level of both these foci did not compromise the functionality and performance of the activities of daily living / ADL`s. Moreover it was observed that focus of cognitive impairment were more frequent in older people unlike emotion related focus that appeared to be more associated with younger people. There were no significant associations between the foci of nursing and gender.

The results of this component also allowed the creation of a CIPE catalog of nursing focus, which will serve to develop a procedure intended for the provision of care for older people in mental health and psychiatry. An interim version of a tool for clinical evaluation

in this context was validated for the future with the aim of optimizing the collection of data, in a more rigorous and effective manner.

Component B - The most common psychiatric diagnoses were depressive disorder (33.7 %) and dementia (24.5 %). Most of the identified needs were covered in the area of physical health (87.6 %), home care (66.3 %), information (66.0 %), psychological distress (62.7 %) and food (61.8 %). The needs not covered were daily activities (46.7 %), psychological distress (25.8 %), memory (13.4 %), social benefits (11.4 %) and company (8.2 %). Most caregivers experienced psychological distress (65.1 %), while 24.1 % were not covered as this need.

The majority of patients had cognitive impairment (MMSE, 47.4%; CDT, 68.4%) higher levels of depression (GDS, 64.7 %) and anxiety (ZAS, 57.6 %) as well as dependence on ABVDs (IB, 51.3 %) and in IADL's (LI, 83.3 %). There were negative correlations between global needs identified by the CANE and the results of the MMSE, CDT, BI and LI ($r_s = -0.69$, $r_s = -0.52$, $r_s = -0.76$, $r_s = -0.86$, respectively) and positive correlations with GDS ($r_s = 0.39$).

Discussion and Conclusion: With regard to Part A of this study, the results obtained in different studies were similar, indicating a large predominance of the focus of the cognitive domain and emotions. These areas appeared associated with specific problems and needs, difficulties in functionality, requiring particular attention, like areas relevant to nursing practice and the provision of health care in general. In this context, it is important to create and use assessment procedures in order to make an accurate and consistent identification of the problems of older people with mental illness. Given the limitations experienced with the use of CIPE in this study, it proved to be essential to improve this classification in order to make it more objective and appropriate to plan the activities of assessment and intervention in nursing.

Taking into account the felt needs, and the difficulties previously reported, this study attempted to lay the foundation for the development of assessment and intervention in nursing, to address many of the identified needs and improve care in this context.

With regard to work done in Component B, there was a predominance of needs not covered in terms of daily activities, psychological distress and memory, which has also been described by other authors. Most caregivers experienced psychological distress. Patients with dementia were those with a greater number of general needs, corroborated by cognitive deficits, lower functionality and higher levels of depression associated with a greater number of needs, similar to the findings of other international studies.

The psychological distress whether of the elderly or of informal carers, was one of the most common needs not covered in the study population, suggesting little preparation of

informal carers (high degree of illiteracy) and lack of stimulation and involvement of older people in activities which promote physical and mental health and.

Overall, the large number of needs not covered, and the consequent lack of adequate responses cause more suffering and worry for older people and their carers. This reflects the currently worsening socio- economic situation in Portugal, which makes these people the most unprotected and vulnerable to physical and mental illness. This condition requires a coordinated intervention based on a biopsychosocial perspective, to ensure better coverage of needs, promoting inclusion and quality of life of these people and their families / caregivers.

Hopefully, this study, will have contributed to a greater identification of the needs of older people, demonstrating that planning and implementation of health care and social responses, with a more efficient approach is urgently needed.

RÉSUMÉ

Introduction: Le vieillissement de la population est un phénomène mondial aujourd'hui, qui est vérifié à la fois les pays développés et les pays en développement, ce qui conduit progressivement à un changement de la structure démographique mondiale. On estime que d'ici quelques années, Portugal sera l'un des pays de l'UE avec la plus forte proportion de personnes âgées. La maladie mentale est une préoccupation majeure de morbidité dans ce secteur de la population, en trouvant une forte prévalence des troubles dépressifs et démence. En association avec ces conditions se produit ensemble des troubles cognitif, psychologiques et comportementaux qui causent des problèmes et des besoins qui nécessitent une réponse contextualisée en fonction des caractéristiques de la population, les ressources existantes et les priorités en matière de santé. Beaucoup de ces expressions sont point pertinentes pour la pratique infirmière. Dans ce cadre, le présent travail avait comme principale ligne des besoins de recherche de personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale, versé dans deux perspectives analytiques: l'un portant sur les foyers de soins infirmiers (composant A) et un autre sur la base du modèle biopsychosocial tenant compte des besoins couverte et non couverte dans les domaines environnemental, physique, psychologique et social (composant B).

Objectifs: 1. Identifier le centre de soins infirmiers liés, plus courante en santé mentale plus, les associant à des facteurs socio-démographiques, cliniques et fonctionnels. On voulait également cherché pour apporter une contribution à la création d'un catalogue de CIPE et l'élaboration d'un questionnaire pour l'évaluation clinique des soins infirmiers en psychiatrie et en santé mentale. 2. Identifier les besoins couverts et non couverts pour les personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale et aussi d'analyser la relation entre ces derniers et les facteurs socio-démographiques, cliniques et de fonctionnalité.

Méthode: Cette étude a été divisée en deux composantes. Composante A - Mise au point de soins infirmiers : la recherche documentaire d'abord effectué sur la base des dossiers de 71 utilisateurs admis dans une unité d'hospitalisation psychiatrique, 65 ans, des deux sexes, avec la maladie mentale diagnostiqués par CID-9. Le Support du système de la pratique des soins infirmiers (SAPE) a été utilisé pour accéder aux données sur les foyers de soins infirmiers et le système (SAM) médical pour la collecte d'autres données cliniques. Pour compléter les caractéristiques socio-démographiques et cliniques, envoie également la requête à traiter chaque utilisateur individuel. Par la suite réalisé une étude pilote avec un échantillon de 75 utilisateurs, recruté par le Département patients hospitalisés et ambulatoires de psychiatrie et de santé mentale (DPSM), l'unité sanitaire locale de l'Alto Minho (ULSAM, EPE). Ils ont été évalués: Mini Mental State Examination/MMSE et Clock Test/CDT (cognition), Geriatric Depression Scale/GDS

(dépression) et Zung Anxiety Scale/ZAS (anxiété), Barthel Index/BI et Index Lawton/LI (fonctionnalités) et le Graffar/CGC (données sociodémographiques).

Sur la base de ces deux études, une étude Delphi pour sélectionner et hiérarchiser les foyers les plus commune et la validité du contenu d'un questionnaire pour l'évaluation clinique des soins infirmiers de la santé mentale et de la psychiatrie a été menée. Étude Delphi sur un panel de 50 infirmières appartenant à une société scientifique des soins infirmiers, 3 rounds ont eu lieu a été utilisé. Pour chaque tour un questionnaire a été construit et envoyé par courriel à l'écran Delphi. Dans le premier ronde, une hiérarchie était identifiés et font l'objet de soins infirmiers, qui a servi de base pour la création de la première phase du catalogue CIPE, ayant également choisi 12 foyers pour le développement de l'instrument d'évaluation clinique en soins infirmiers. Au second tour, un ensemble de validation clinique indiquée pour chaque foyer et dans le troisième tour ces énoncés ont été classés en fonction de leurs diagnostics infirmiers cliniques pour identifier la zone de chaque propriétés de focalisation.

Composante B - Identification des besoins couverts et non couverts chez les patients âgés souffrant de maladie mentale, d'abord une étude pilote a été réalisée sur le même échantillon de 75 clients visés au composant A. Plus tard, il était le principal auprès d'un échantillon de 306 utilisateurs, recrutés parmi les patients hospitalisés et ambulatoires déclaré Département de psychiatrie et de santé mentale, ULSAM, étude EPE. Le protocole d'évaluation comprenait les mêmes instruments mentionnés ci-dessus (MMSE, CDT, GDS, ZAZ, BI, LI, CGC), à laquelle a été ajouté à l'application: Camberwell Assessment of Need for the Elderly/CANE pour les l'évaluation des besoins.

Résultats: Composante A - Foyers de soins infirmiers avec le plus grand consensus étaient : la cognition (100%), de la mémoire et de l'orientation (98%); la solitude et la concentration (96%), la dépression, l'anxiété, l'attention et la réflexion (94%), l'insomnie, la tristesse et l'auto contrôle (90%). Selon différentes études, il y avait une prévalence plus élevée de foyers du domaine cognitif, apparaissant surtout chez les personnes atteintes de démence. Ces foyers sont apparus également une corrélation négative avec les scores aux tests cognitifs (MMSE/CDT) et la fonctionnalité (BI/LI), vérifier que les personnes ayant de faibles scores à ces échelles étaient plus de changements au niveau de ces foyers et des difficultés majeures dans la réalisation ADL`s en général, avec une prévalence plus élevée dans les activités instrumentales. Il a également identifié plusieurs focus liés à des émotions, apparaissant surtout chez les personnes diagnostiquées avec la dépression, apparaissant également corrélée positivement avec des scores plus élevés sur les échelles d'anxiété et de dépression (GDS/ZAS). Toutefois, les changements au niveau deux de ces foyers ne compromettent pas la fonctionnalité et la performance des activités de la vie / ADL`s. En outre, il a été observé que les foyers de troubles cognitifs

étaient plus fréquents chez les personnes âgées, contrairement foyers émotions liées qui semblaient plus associés avec moins de personnes âgées. Il n'y avait pas d'associations significatives entre les foyers de soins infirmiers et le sexe.

Les résultats de cette composante a permis CIPE créent également un catalogue de foyers en soins infirmiers, qui servira à élaborer une procédure destinée à la prise en charge des personnes âgées en matière de santé mentale et de la psychiatrie. Encore validé une version provisoire d'un outil d'évaluation clinique dans ce contexte pour l'avenir dans le but d'optimiser la collecte de données, de préférence un développement plus rigoureux et efficace.

Composante B - Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents étaient le trouble dépressif (33,7%) et la démence (24,5%). La plupart des besoins identifiés ont été couverts dans le domaine de la santé physique (87,6%), les soins à domicile (66,3%), l'information (66,0%), la détresse psychologique (62,7%) et l'alimentation (61,8%). Les besoins non couverts s'élèvent à niveau des activités quotidiennes (46,7%), la détresse psychologique (25,8%), la mémoire (13,4%), les avantages sociaux (11,4%) et de l'entreprise (8,2%). La plupart des aidants avaient détresse psychologique (65,1%), tandis que 24,1 % n'ont pas été couvert que ce besoin.

La majorité des patients avaient des troubles cognitifs (MMSE, 47,4% ; CDT, 68,4 %) des niveaux plus élevés de dépression (GDS, 64,7%) et l'anxiété (ZAS, 57,6%) ainsi que la dépendance sur l'` ABVD (IB, 51,3%) et IADL de (LI, 83,3%). Il y avait une corrélation négative entre les besoins global identifiés par le CANE et les résultats de l' MMSE, CDT, BI et LI ($r_s = -0,69$, $r_s = -0,52$, $r_s = -0,76$, $r_s = -0,86$, respectivement) et des corrélations positives avec GDS ($r_s = 0,39$).

Discussion et conclusion: En ce qui concerne la partie A de cette étude, les résultats obtenus dans les différentes études étaient similaires, la vérification d'une large prédominance des axes du domaine cognitif et émotions. Ces domaines sont apparus associés à des problèmes spécifiques et des besoins, des difficultés de fonctionnement, nécessitant une attention particulière, tandis que les zones relevant de la pratique des soins infirmiers et la prestation de soins de santé en général. Dans ce contexte, il est important de créer et d'utiliser des procédures d'évaluation afin de faire une identification précise et cohérente des problèmes des personnes âgées atteintes de maladie mentale. Étant donné les limites rencontrées dans l'utilisation du CIPE sur le travail, révélée essentielle pour améliorer cette classification afin de le rendre plus objectif et approprié pour planifier les activités d'évaluation et d'intervention en soins infirmiers.

En tenant compte des besoins ressentis et les difficultés déjà signalées, une tentative à partir de ce travail, de jeter les bases pour le développement futur de l'évaluation et de

l'intervention en soins infirmiers qui peuvent répondre à bon nombre des besoins identifiés et améliorer les pratiques de soins dans ce contexte.

En ce qui concerne le travail fait dans le composant B, il y avait une prédominance des besoins non couverts en termes d'activités quotidiennes, la détresse psychologique et de la mémoire, qui a également été décrits par d'autres auteurs. La plupart des aidants ont montré la détresse psychologique et les patients atteints de démence étaient ceux avec un plus grand nombre de besoins généraux, soutenu par des déficits cognitifs, la fonctionnalité inférieure et des niveaux plus élevés de dépression associée à un plus grand nombre de besoins, comme d'autres études international.

La détresse psychologique de la faute des personnes âgées, soit des aidants informels, était l'un des besoins les plus courants ne sont pas couverts dans la population de l'étude, suggérant peu de préparation des aidants informels (degré élevé de l'analphabétisme) et le manque de stimulation et la participation des personnes âgées à des activités qui favorisent la santé physique et mentale.

Dans l'ensemble, le grand nombre de besoins non couverts, et le manque de réponses adéquates causent plus de souffrance et les préoccupations des personnes âgées et de leurs aidants. Cela reflète l'aggravation de la situation socio- économique qui se passe actuellement au Portugal, rend ces les plus déprotégés et les plus vulnérables aux personnes de maladies physiques et mentales. Cette condition nécessite une intervention coordonnée fondée sur une perspective biopsychosociale, pour assurer une meilleure couverture des besoins, promouvoir l'inclusion et la qualité de vie de ces personnes et leurs familles/soignants.

Espérons que, avec ce travail, ont contribué à une meilleure identification de la question des besoins des personnes âgées , ce qui démontre qu'il est la planification et la mise en œuvre des soins de santé et des réponses sociales qui perspective interventions plus efficaces urgent.

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Motivações e objectivos	3
1.2. Enfoque da investigação e organização da tese.....	4
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2.1. Implicações da saúde mental no envelhecimento activo: uma perspectiva de enfermagem. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Em: Sequeira C. (coord.), Sá L. (coord.). Do diagnóstico à intervenção em saúde mental. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2010.	9
3. TRABALHO EMPÍRICO	19
Componente A	21
3.1. Prevalência dos focos de enfermagem de saúde mental em pessoas mais velhas: resultados da pesquisa documental realizada num serviço de psiquiatria. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2012; 7: 7-12.....	21
3.2. Focos de enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Revista Enfermagem Referência (submetido)	29
3.3. Desenvolvimento de um catálogo CIPE: necessidades do idoso em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2013; 10: 15-23.....	47
3.4. Desenvolvimento de um instrumento de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Aquichan (submetido).	59
Componente B	83
3.5. The needs of older people with mental health problems: a particular focus on dementia patients and their carers. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. International Journal of Alzheimer's Disease. 2012, Article ID 638267, 7 pages. doi:10.1155/2012/638267.....	83
3.6. Needs in older people with mental health problems: Portuguese psychiatric setting. Aging & Mental Health (em preparação).....	93
4. BIBLIOGRAFIA	121

O presente trabalho aborda a problemática do envelhecimento humano e das necessidades associadas às pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. Num contexto mais específico, pretendeu-se caracterizar estas pessoas tendo em consideração os aspectos sociodemográficos, as condições de saúde e sua capacidade funcional, enquanto factores relacionados com as necessidades.

Neste sentido considerou-se também a natureza dos cuidados prestados a estas pessoas e as suas percepções em relação às próprias necessidades e ao tipo de resposta que estavam a obter. Alargou-se ainda esta perspectiva de análise à percepção dos cuidadores formais e informais sobre a satisfação das necessidades das pessoas mais velhas, considerando o papel de cada um, no contexto de solução dessas necessidades.

De modo a clarificar este propósito, de seguida explicita-se o tipo de abordagem feito, enunciando-se também os principais objectivos que se pretendeu atingir. São ainda apresentadas as motivações para a realização deste trabalho e a forma como está estruturado.

1.1. Motivações e objectivos

A opção pela realização deste trabalho fundamenta-se na motivação do autor, decorrentes da sua experiência profissional e de preocupações identificadas relativamente à falta de evidência, em algumas áreas específicas do conhecimento, que fundamentem a prática clínica e pedagógica de enfermagem. Com base nesta percepção e nos contributos da fase curricular do programa doutoral, foi possível ajustar estas motivações, enquadrando-as em termos de linhas de investigação, como adiante se clarifica.

Neste sentido, o presente trabalho teve por finalidade aprofundar o conhecimento e a compreensão dos problemas que afectam a vida das pessoas mais velhas com doença mental, concretamente os diferentes factores que interferem com o seu estado de saúde e com o funcionamento global, bem como a relação destes factores determinantes de necessidades específicas. Com o propósito de clarificar estas pretensões, estabeleceram-se os seguintes objectivos:

- A. Identificar os focos de atenção de enfermagem relacionados com a saúde mental mais comuns nas pessoas mais velhas com doença mental.
Relacionar os focos de enfermagem de saúde mental com os factores sociodemográficos, clínicos e de funcionalidade.
- B. Identificar as necessidades cobertas e não cobertas das pessoas mais velhas com problemas de saúde mental.

Caracterizar as diferentes perspectivas de necessidades: doente, cuidador informal/familiar e cuidador formal/técnico prestador de serviços de saúde.

Analisar a relação entre as necessidades e os factores sociodemográficos, clínicos e de funcionalidade;

1.2. Enfoque da investigação e organização da tese

A linha de investigação assentou nas necessidades das pessoas mais velhas com problemas de saúde mental, vertida em duas perspectivas de análise: Componente A - centrada nos focos de enfermagem relacionados com a saúde mental, enquanto áreas específicas de necessidades com relevo para a prática clínica (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011) e Componente B - baseada no modelo biopsicossocial (Engel, 1977), considerando as necessidades cobertas e não cobertas nos domínios ambiental, físico, psicológico e social (Orrell e Hancock, 2004).

Previamente aos referidos componentes, fez-se uma revisão da literatura para fundamentação teórica do trabalho experimental A e B.

Nestes termos, procedeu-se à elaboração de um capítulo de enquadramento teórico onde é feita a abordagem de vários conceitos e dados epidemiológicos relacionados com os problemas e necessidades das pessoas mais velhas. Além de uma perspectiva global destas problemáticas, considera-se também algum referencial sensível à prática de enfermagem, como ciência e como profissão. Neste contexto, apresentam-se alguns domínios da saúde mental, que podem constituir focos relevantes para a prática clínica.

Estudo 1 - Implicações da saúde mental no envelhecimento activo: uma perspectiva de enfermagem. Passos, J., Sequeira, C., Fernandes. Em: Sequeira, C. (coord.), Sá, L. (coord.). Do diagnóstico à intervenção em saúde mental. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2010.

Seguidamente são apresentados quatro estudos no contexto da Componente A deste trabalho, que tinham por principal objectivo identificar, seleccionar e hierarquizar os focos de enfermagem relacionados com a saúde mental das pessoas mais velhas, bem como contribuir para a criação de um catálogo CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem) e para o desenvolvimento de um instrumento de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Estudo 2 - Prevalência dos focos de enfermagem de saúde mental em pessoas mais velhas: resultados da pesquisa documental realizada num serviço de psiquiatria. Passos, J., Sequeira, C., Fernandes, L. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2012; 7: 7-12.

O presente estudo teve origem numa pesquisa documental realizada numa unidade de psiquiatria de curta duração, cujo principal objectivo foi identificar os focos de enfermagem mais comuns nas pessoas mais velhas, em contexto de episódio agudo de doença mental.

Estudo 3 - Focos de enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. Passos, J., Sequeira, C., Fernandes, L. Revista Enfermagem Referência (submetido)

Com este estudo pretendeu-se identificar os focos de atenção de enfermagem em contexto de internamento e ambulatório psiquiátrico e analisar a relação entre os focos de enfermagem e alguns factores sociodemográficos, clínicos e de funcionalidade.

Estudo 4 - Desenvolvimento de um catálogo CIPE: necessidades do idoso em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2013; 10: 15-23.

Tendo por base necessidades identificadas no contexto da revisão de literatura e considerando as orientações do Conselho Internacional de Enfermeiros e da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, pretendeu-se identificar, seleccionar e hierarquizar os focos de enfermagem relacionados com a saúde mental das pessoas mais velhas e criar as bases para o desenvolvimento de um catálogo CIPE dirigido às necessidades destas pessoas.

Estudo 5 - Desenvolvimento de um instrumento de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Aquichan (submetido).

Este estudo teve como objectivo construir e validar o conteúdo de um instrumento de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, destinado a identificar diagnósticos de enfermagem relacionados com a saúde mental das pessoas mais velhas.

Relativamente ao trabalho incluído na componente B, são apresentados de seguida os dois estudos realizados.

Estudo 6 - The needs of older people with mental health problems: a particular focus on dementia patients and their carers. Passos, J., Sequeira, C. & Fernandes, L. International Journal of Alzheimer's Disease. 2012, Article ID 638267, 7 pages. doi:10.1155/2012/638267.

Este trabalho apresenta os resultados de um estudo piloto cujo principal propósito foi identificar necessidades cobertas e não cobertas em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental, em contexto de internamento e ambulatório psiquiátrico, analisando-se alguns factores sociodemográficos, clínicos e de funcionalidade e as potenciais relações com o principal constructo do estudo. Este trabalho permitiu extrair algumas conclusões sobre as características da população e seleccionar e ajustar a categorização de algumas variáveis, tendo em vista os objectivos do estudo principal, realizado posteriormente.

Estudo 7 - Needs in older people with mental health problems: Portuguese psychiatric setting. Aging & Mental Health (em preparação).

Os resultados deste trabalho permitiram identificar as principais necessidades cobertas e não cobertas e conhecer a influência de alguns factores a elas associados (socio-demográficos, clínicos e de funcionalidade). Deu também um contributo importante para identificar necessidades de intervenção, de modo a melhorar as condições assistenciais e o sofrimento destas pessoas e dos seus familiares/cuidadores informais.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Implicações da saúde mental no envelhecimento activo: uma perspectiva de enfermagem. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Em: Sequeira C. (coord.), Sá L. (coord.). Do diagnóstico à intervenção em saúde mental. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2010.

22. Implicações da Saúde Mental no Envelhecimento Activo: Uma Perspectiva de Enfermagem

Joaquim Passos¹

Carlos Sequeira²

Lia Fernandes³

Resumo

O envelhecimento da população é hoje um fenómeno global, verificando-se tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, levando progressivamente a uma mudança da estrutura demográfica mundial. Estima-se que dentro de poucos anos Portugal será um dos países da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas.

A doença mental constitui um foco de morbilidade importante na população idosa, encontrando-se uma prevalência significativa de perturbações depressivas e Síndromes demenciais. Nestas situações clínicas predominam vários problemas específicos de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, que constituem um *handicap* à realização dos objectivos de vida das pessoas mais velhas. No âmbito de uma intervenção hodierna, a Enfermagem deve considerar novos paradigmas, enquadrando o seu foco de atenção numa abordagem holística dos problemas e necessidades dos idosos.

O presente artigo procura analisar alguns conceitos e problemáticas inerentes ao processo de envelhecimento e reflectir sobre diferentes perspectivas de abordagem dos acontecimentos, que caracterizam o quotidiano de vida das pessoas mais velhas. Procura especificamente considerar os desafios que se colocam aos enfermeiros e a outros profissionais de saúde, no sentido de favorecerem a integração e participação destas pessoas na promoção de um envelhecimento activo e bem sucedido.

Palavras-chave: Saúde Mental; envelhecimento activo; Enfermagem; investigação.

22.1 Introdução

A mudança na pirâmide etária mundial, que ocorreu principalmente após a década de 50, faz com que o estudo do envelhecimento e da velhice seja um

¹ Assistente Convidado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Doutorando em Gerontologia pelo ICBAS – Universidade do Porto. *E-mail:* joaquimpassos@hotmail.com.

² Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto. *E-mail:* carlossequeira@esenf.pt.

³ Professora Associada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Psiquiatra do HSJ Porto. *E-mail:* lfernandes@med.up.pt.

foco de atenção prioritário, suscitando acções de agentes sociais e governamentais, além de profissionais da área da saúde (Benedetti *et al.*, 2008). De facto, as preocupações com a saúde e qualidade de vida dos mais idosos são aspectos centrais para tornar a sociedade mais inclusiva e protectora de oportunidades e direitos fundamentais, sendo que, a consagração destas preocupações, deve considerar tanto a doença física como as perturbações psicológicas e a doença mental.

Consciencializando estes factos, várias entidades e organizações, a nível mundial, têm procurado estudar estas problemáticas no sentido de criar respostas que visam melhorar os níveis de saúde e bem-estar das pessoas e populações. De entre elas, a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) tem assumido um papel central na definição de quadros de referência e na prossecução de políticas e programas para a integração das pessoas idosas. Partindo de uma visão positiva de envelhecimento, surgida nas últimas décadas do século XX, e tendo por base os conceitos de envelhecimento bem sucedido (Rowe, Khan, 1987; Baltes, Baltes, 1990), a OMS adoptou a noção de envelhecimento activo, com o propósito de expandir a visão do envelhecimento para além do conceito de envelhecimento normal ou saudável (WHO, 2002).

Considerando um referencial actual relativamente à noção de envelhecimento activo, procura-se abordar algumas ideias centradas nas implicações da doença mental no funcionamento global e na qualidade de vida das pessoas mais velhas. Procede-se ainda a uma breve reflexão, relativamente às atribuições da Enfermagem, no âmbito do atendimento a estas pessoas, perspectivando necessidades de investigação e intervenção face a problemáticas em torno do idoso e das suas expectativas de vida participada e activa. Termina-se com uma breve conclusão sobre os aspectos centrais dos desafios do envelhecimento e perspectivas de acção, tendo em vista a realização de um desígnio global: a promoção do envelhecimento activo e da qualidade de vida das pessoas mais velhas.

22.2 Envelhecimento activo e qualidade de vida

A noção de **envelhecimento activo** foi adoptada pela OMS, em finais dos anos 90 do século passado, com o propósito de alargar o conceito de envelhecimento e de conhecer os factores que, junto com as condições de saúde, afectam o processo de envelhecimento das pessoas e das populações.

Na sequência destes pressupostos, a OMS, na conferência mundial sobre o envelhecimento realizada em Madrid, em 2002, perspectivou o envelhecimento activo como o processo assente na optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida, à

medida que as pessoas envelhecem, e transformou-o numa premissa central para atenção às pessoas idosas. Este conceito está baseado no reconhecimento dos direitos humanos e nos princípios da Organização das Nações Unidas (ONU) de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização, e procura substituir o paradigma da assistência aos idosos baseada nas necessidades, pela assistência baseada nos direitos à igualdade de oportunidades e de tratamento, em todos os aspectos do seu ciclo vital (WHO, 2002).

A compreensão do envelhecimento como uma experiência positiva pressupõe a integração destas premissas, e o reconhecimento por parte das pessoas do seu potencial para o bem-estar físico, social e mental, ao longo do curso de vida. Esta visão procura contribuir para a participação dos idosos na sociedade, tendo por base não apenas as suas necessidades, mas também os seus desejos e capacidades, protegendo-as e providenciando segurança e cuidados adequados. Relativamente a estes pressupostos, Teixeira e Neri (2008) reforçam a importância de se garantir que o envelhecimento ocorra com qualidade e com a manutenção da autonomia dos idosos, num esforço para preservar a sua participação na sociedade, e para minimizar as possibilidades de exclusão social. Por seu turno, Paúl (2007) sugere que a adaptação aos desafios do envelhecimento é uma tarefa importante para as pessoas muito idosas, podendo a experiência do envelhecimento ser reajustada e orientada em função dos objectivos e das condições de vida de cada pessoa. Nestes termos, a mesma autora, partindo do resultado de alguns estudos, afirma que este reajuste permanente, permite aos idosos experimentarem níveis de satisfação e bem-estar à semelhança de outros estádios da vida. O conceito de qualidade de vida deve, por isso, ser balizado por princípios e valores inerentes à prossecução da vida humana e ajustado aos objectivos e às opções de cada indivíduo, no seu processo de relação com o mundo.

22.3 Saúde Mental e envelhecimento activo

Cada vez mais, emerge o valor da Saúde Mental e o bem-estar da população como um recurso fundamental para a saúde, aprendizagem, produtividade e inclusão social (Jané-Llopis, Gabilondo, 2008). Esta percepção implica a necessidade de combater os níveis crescentes de problemas de Saúde Mental e, ao mesmo tempo, habilitar e capacitar as pessoas para lidar com estes problemas e desfrutar de uma vida significativa, superando o estigma e garantindo os direitos fundamentais.

De acordo com Benedetti *et al.* (2008), as perturbações mentais comprometem 20% da população idosa, entre os quais se destacam a demência e a depressão

com a maior prevalência, incapacitando idosos em todo o mundo, por levarem à perda da independência e quase inevitavelmente da autonomia.

Concretamente, no que diz respeito à ocorrência de sintomas depressivos nos idosos, os estudos apontam para uma prevalência acima dos 10% (Snowdon, 2002).

A depressão é descrita por muitos autores como uma doença incapacitante, com consequências a nível do funcionamento global e da satisfação das necessidades dos idosos (Ayis, Paul, Ebrahim, 2010; Benedetti, *et al.*, 2008; Fragoeiro, 2008; Gonçalves, Martín, 2007; Paúl, Ayes, Ebrahim, 2006; Paúl, 2007; Rodrigues, 2007), levando a sofrimento desnecessário, isolamento, solidão, tristeza, baixa auto-estima, prejuízo do estado funcional, uso excessivo de recursos da saúde e aumento da mortalidade (Unutzer, 2007).

De um modo geral, os diferentes estudos apontam também para a existência de muitos casos de depressão geriátrica não identificados (Gonçalves, Martín, 2007; Unutzer, 2007) e explicam este facto pela dificuldade dos idosos em acederem a cuidados de saúde e por alguma relutância em pedirem ajuda, bem como pela dificuldade na identificação dos sinais de depressão (Gonçalves, Martín, 2007). Estes autores sugerem que esta situação leva a uma ausência de intervenção na sintomatologia depressiva e a um agravamento dos quadros de morbilidade, bem como a uma diminuição da qualidade de vida e morte precoce. No que diz respeito à demência, tem-se demonstrado que esta ocupa um lugar central enquanto condição de morbilidade na população idosa, com um aumento significativo à medida que a idade avança. As síndromes demenciais podem variar entre cerca de 1% nas pessoas dos 65 aos 69 anos até cerca de 55% a partir dos 95 anos (Lopes, Bottino, 2002), constituindo uma das causas mais comuns de incapacidade na sociedade ocidental (Baltes, Smith, 2006; Benedetti *et al.*, 2008; Fernandes, *et al.*, 2009; Paúl, 2007; Rodrigues, 2007; Sotto Mayor, Ribeiro, Paúl, 2009). Os resultados obtidos por Baltes e Smith (2006) indicavam que 50% dos indivíduos com idade de 90 anos ou mais sofrem da doença de Alzheimer, uma doença neurodegenerativa que está associada a demência com perda progressiva das capacidades cognitivas e de capacidades funcionais. Também Small (2002) refere que com o avançar da idade surge a probabilidade da perda de memória (em cerca de 40%), bem como dificuldades de orientação e estados confusionais. Refere também que cerca de 10% das pessoas nesta faixa etária têm disfunção cognitiva moderada, e destas cerca de 15% desenvolvem uma demência de Alzheimer.

22.4 A Enfermagem na investigação e na promoção do envelhecimento activo

Os modelos de Enfermagem conceptuais e teóricos são importantes para fornecer conhecimentos, de modo a melhorar a prática, orientar a investigação e identificar os objectivos no exercício da Enfermagem (Tomey, Alligood, 2004). A consideração dos paradigmas mais recentes, como o da “simultaneidade” e o da “transformação”, é fundamental para garantir uma perspectiva holística da atenção em Enfermagem e uma visão mais consistente das problemáticas actuais.

O paradigma da “simultaneidade” apresenta uma concepção do ser humano como um ser aberto, que transforma e é transformado pelo ambiente. A saúde é o que a pessoa vive; é uma situação que tem significado somente na perspectiva da pessoa; não pode ser definida por outra pessoa. A Enfermagem focaliza-se na qualidade de vida, a partir do ponto de vista da pessoa; a autoridade é a pessoa e não a Enfermagem (Nascimento, Trentini, 2004).

O paradigma da “transformação” releva o conceito de pessoa como ser único, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo, sendo a saúde concebida como um valor e uma experiência vivida, segundo a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade ser humano-ambiente. Este conceito não se reduz apenas à ausência de doença, mas sim, a uma condição de bem-estar, tal como a pessoa o define. Visa-se através dos cuidados de Enfermagem contribuir para a manutenção deste equilíbrio (Kérouac *et al.*, 1996).

A conjugação destes paradigmas trouxe um contributo importante para a concepção da Enfermagem, que orienta a investigação, a prestação de cuidados e a formação dos enfermeiros. Vieira (2008) refere que a Enfermagem, enquanto disciplina, só avançará através de um contínuo e sistemático desenvolvimento e questionamento do conhecimento produzido.

Acredita-se que o cuidado humano é a essência da Enfermagem, sendo fundamental, para a prática da Enfermagem gerontogeriatrica, que o conceito de “qualidade de vida” assuma maior destaque que o conceito de “cura da doença”. Neste sentido, o objectivo mais importante é favorecer o melhor desempenho possível, sendo imprescindível o respeito pela sua autonomia e dignidade. Assume-se assim que, para concretizar tal actuação, é fundamental encarar a pessoa idosa como sujeito histórico, considerando a sua cultura, sentimentos e questionamentos, bem como a sua vivência do envelhecer (Silva, Boemer, 2009).

Do mesmo modo, quando se estuda problemáticas de saúde, a compreensão do conceito Saúde/Doença é transversal a todas as disciplinas, isto porque, tal como refere Sequeira (2006), tanto a saúde como a doença são estados relati-

vos, e as próprias palavras significam coisas diferentes para diferentes pessoas. Assim sendo, poder-se-á dizer que há saúde, quando se verifica o desenvolvimento óptimo do indivíduo, no contexto em que se insere, tendo em conta múltiplas variáveis, como factores de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ecológica. Deste modo, Saúde Mental implica respostas adaptativas permanentes, embora inadaptação não signifique necessariamente doença mental (Sequeira, 2006). Portanto, quando se diagnostica ou estuda as vivências de saúde/doença mental das pessoas idosas, é importante ter em conta uma análise das diferentes variáveis, que podem interferir ou determinar os quadros de morbilidade e as respostas das pessoas, em termos de estratégias para lidar com as contrariedades e resolução dos seus problemas.

Ao considerar os pressupostos enunciados anteriormente, impõe-se um maior contributo dos enfermeiros, no âmbito da investigação, no sentido de procurar evidência científica para uma melhoria progressiva dos programas de intervenção. Deste modo, será importante produzir conhecimento, que permita uma melhor fundamentação e sustentação da prática profissional, tendo em vista a adequação e qualificação das intervenções de Enfermagem e a produção de resultados sensíveis às necessidades e problemas dos cidadãos e das populações (Sequeira, 2010).

Estas são diligências fundamentais para a promoção de um envelhecimento activo, uma vez que só uma verdadeira compreensão dos fenómenos e das suas reais implicações na vida das pessoas idosas, pode determinar formas de intervenção mais sustentadas e dirigidas aos problemas e necessidades específicas destas pessoas.

22.5 Conclusão

A análise desenvolvida centra o envelhecimento activo como promotor da qualidade de vida das pessoas mais velhas. Realça ainda a importância de promover a Saúde Mental como estratégia para manter a funcionalidade global das pessoas e favorecer a sua participação na sociedade e na determinação dos seus objectivos de vida. A este propósito, Fernández-Ballesteros (2009) assume que a implicação do indivíduo como agente no seu processo de envelhecimento é decisiva para o aproveitamento dos programas existentes, sendo o envelhecimento activo a resposta mais inteligente perante a revolução demográfica. Esta perspectiva pode ser considerada mesmo nos idosos mais vulneráveis ou com menos capacidades físicas e psicológicas. A este respeito, Fonseca (2005) refere que cada indivíduo possui um dado potencial de plasticidade de desenvolvimento, observável ao longo de toda a vida, e que, dado existir este potencial de plasticidade, existe também um potencial de intervenção no seu desenvol-

vimento psicológico. O importante será estruturar actividades e intervenções, que permitam aproveitar o potencial de cada pessoa, estimulando capacidades presentes e prevenindo a deterioração progressiva da qualidade de vida dos mais idosos.

Deste modo, os ideais da OMS, das Nações Unidas e da Comissão Europeia, já referidos, bem como as iniciativas de muitas outras entidades e organizações a nível mundial, relativamente à noção e às orientações face à promoção do envelhecimento activo, mantêm-se actuais e assumem cada vez mais sentido, em concordância com as características demográficas da população. Acresce uma necessidade permanente de questionamento desta problemática, e das implicações da ciência face à descoberta de novo conhecimento e de evidência científica, que permitem dar sustentabilidade às políticas e programas em curso. A revisão efectuada permite consolidar algumas percepções face à emergência de problemas de Saúde Mental nos idosos e ao seu significado enquanto determinantes de saúde e envelhecimento activo. Grande parte dos documentos e publicações analisadas assumem a depressão e demência como prevalentes nesta faixa etária e com aumento crescente com o avançar da idade. Associados a estes diagnósticos, aparecem um conjunto de sinais e sintomas, que traduzem problemas específicos, e que podem pôr em causa a prossecução de um envelhecimento bem sucedido e activo, com elevado significado na diminuição da qualidade e da esperança de vida dos idosos. Como aspectos mais relevantes identificam-se alguns problemas relacionados com a aprendizagem, a cognição, a memória, a orientação, a solidão, a auto-estima, a tristeza e o suicídio, que caracterizam muitas vezes as experiências de vida e a vivência social das pessoas mais velhas. Podem constituir-se como verdadeiros entraves à realização das suas actividades básicas e instrumentais, à sua autonomia e independência, bem como acarretar sofrimento físico e psicológico.

A natureza e validade destes pressupostos colocam algumas preocupações relativamente à sua tradução em termos de desafios para a Enfermagem, concretamente, no que diz respeito ao seu contributo para um estudo mais aprofundado sobre as implicações destes fenómenos na saúde e na prossecução dos objectivos de vida das pessoas mais velhas. Neste contexto, estruturam-se algumas prioridades de investigação, tendo por base a análise aprofundada destas problemáticas e a avaliação criteriosa de necessidades/possibilidades assim como a definição e objectivação de estratégias futuras.

Referências Bibliográficas

- Ayis, S., Paúl, C., Ebrahim, S. (2010). "Psychological Disorders in Old Age: Better Identification for Better Treatment". *European Journal of Psychological Assessment*; Vol. 26(1):39-45.
- Baltes, P. B., Smith, J. (2006). "Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade". *A Terceira Idade*, v. 17, n.º 36, pp. 7-31.
- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L., Gonçalves, L. H. T. (2008). "Atividade física e estado de Saúde Mental de idosos". *Revista Saúde Pública*; 42(2):302-7.
- Fernandes, L. *et al.* (2009). "Validation study of the Carberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal". *Internacional Psychogeriatrics*, 21 (1), pp. 94-102.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fragoeiro, I. M. A. R. (2008). *A saúde mental das pessoas idosas na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Gonçalves, D. C., Martín, I. (2007). "Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência". *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 25, n.º 51, Out./Dez, pp. 371-384.
- Jané-Llopis, E., Gabilondo, A. (Eds). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson SA.
- Lopes, M.A., Bottino, C.M.C. (2002). "Prevalência de demência em diversas regiões do mundo". *Arquivos de neuropsiquiatria*, 60 (1), pp. 61-69.
- Nascimento, E. R. P., Trentini, M. (2004). "O cuidado de Enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad". *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 12 (2), pp. 250-7.
- Paúl, C. (2007). "Old-Old People: Major recent Findings and the European Contribution to the State of the Art". In Rocío Fernández-Ballesteros (ed.), *Geropsychology. European perspectives for an ageing world*, pp. 128-144. Gottingen: Hogrefe y Huber.
- Paúl, C., Ayis, S., Ebrahim, S. (2006). "Psychological distress, loneliness, and disability in old age". *Psychology, Health, and Medicine*, 11, pp. 221-232.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Rowe, J. W., Khan, R. L. (1987). "Human aging: Usual and Successful". *Science*, 237, pp. 143-149.

- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Silva, M. G., Boemer, M. R. (2009). “Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online], vol. 17, n.º 3, pp. 380-386.
- Small, G. W. (2002). “What we need to know about age related memory loss”. *British Medical Journal*, 321, pp. 1502-1505.
- Snowdon, J. (2002). “Prevalence of depression in old age”. *Rev Bras Psiquiatr*, 24, (Supl I), pp. 42-7.
- Sotto-Mayor, M., Ribeiro, O., Paúl, C. (2009). “Satisfaction in dementia and stroke caregivers: a comparative study”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 17, n.º 5, pp. 620-624.
- Teixeira, I. N. D. A. O., Neri, A. L. (2008). “Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida”. *Psicol. USP*, v. 19, n.º 1, pp. 81-94.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5.ª Ed. Lisboa: Lusociência.
- Unutzer, J. (2007). “Clinical practice. Late-life depression”. *New England Journal of Medicine*, 357:2269.
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência* (2.ª Ed). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- WHO (2002). *Active ageing: a policy framework*. WHO/NMH/NPH/02.

Componente A

3.1. Prevalência dos focos de enfermagem de saúde mental em pessoas mais velhas: resultados da pesquisa documental realizada num serviço de psiquiatria. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2012; 7: 7-12.

FONTES DE INDEXAÇÃO | INDEXING SOURCES

SciELO Portuga, Latindex, Conselho Ibero-americano de Editores de Revistas de Enfermagem (CIBERE), CINAHL Complete (via EBSCO Host), EBSCO Discovery Service, REV@Enf – Biblioteca Virtual em Saúde-Enfermagem, SciELO Citation Index – Thomson Reuters

2 PREVALÊNCIA DOS FOCOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL EM PESSOAS MAIS VELHAS: RESULTADOS DA PESQUISA DOCUMENTAL REALIZADA NUM SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

| Joaquim Passos¹; Carlos Sequeira²; Lia Fernandes³ |

RESUMO

Os problemas e as necessidades das pessoas mais velhas estão muitas vezes associados a condições de doença mental, caracterizadas por um conjunto de manifestações clínicas, que se constituem como focos de atenção relevantes para a prática de enfermagem. Estas alterações devem suscitar a atenção e a preocupação dos profissionais de saúde, no sentido de aprofundarem o conhecimento e de criarem evidência científica, que permita elaborar respostas mais estruturadas, orientadas para a satisfação de necessidades específicas e para a promoção de um envelhecimento activo e bem-sucedido. O presente artigo procura apresentar os resultados de uma pesquisa documental efectuada numa unidade de internamento de psiquiatria de curta duração. O principal propósito do estudo foi identificar os focos de enfermagem de saúde mental mais frequentemente utilizados pelos enfermeiros na sua prática clínica. Foram analisados os registos do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e do Sistema de Apoio ao Médico (SAM), bem como os dados do processo clínico de todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos, que estiveram internados na unidade, no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2010. O estudo envolveu uma amostra dos registos de 71 utentes, de ambos os sexos, com doença mental diagnosticada pela CID-9 (Classificação Internacional de Doenças), sendo os diagnósticos mais comuns a demência (36.6%) e a depressão (26.8%). A maioria dos utentes era do sexo feminino (78.9%), viúva (38%), com escolaridade inferior a 4 anos (91.5%) e vivia em zona rural (63.4%). Os resultados permitiram identificar a presença de vários focos de enfermagem de saúde mental, sendo os mais comuns a insónia, o humor, o processo do pensamento, a confusão, a crença errónea e a tristeza. Os focos no domínio do humor e da ansiedade apareciam mais frequentemente no diagnóstico de depressão, ao passo que os focos do domínio cognitivo e comportamental surgiam com maior frequência no diagnóstico de demência. Estes resultados constituem um aporte importante para a clarificação de alguns aspectos relacionados com os problemas/necessidades das pessoas mais velhas com problemas de saúde mental, constituindo um acervo relevante para o aprofundamento das nossas pesquisas, neste âmbito.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Psiquiátrica; Diagnóstico de Enfermagem; Saúde Mental; Idoso.

ABSTRACT

The problems and needs of older people are often associated with the conditions of mental illness, characterized by a set of clinical manifestations, which constitute attention focuses relevant to nursing practice. These changes must come to the attention and be the concern of health professionals, in order to deepen their knowledge and create evidence that will allow the development of more structured and targeted responses to meet specific needs and to promote active and successful aging. This article presents the results of documentary research carried out in a short stay psychiatric inpatient unit. The main purpose of the study was to identify the mental health nursing focuses most often used by nurses in inpatient caring. We analyzed the records of the Support System for Nursing Practice (SAPE) and Medical Practice (SAM) and data from clinical records of all patients aged 65 or over, who were hospitalized in the unit, during the period from January 1st to December 31st 2010. The study involved a sample of records of 71 patients, of both sexes, with mental illness diagnosed by ICD-9 (International Classification of Diseases), the most common diagnoses being dementia (36.6%) and depression (26.8%). Most of the participants were female (78.9%), widowed (38%), had between 0 and 4 years of education (91.5%) and lived in rural areas (63.4%). The results showed the presence of multiple mental health nursing attention focuses, the most common being insomnia, humour, thinking process, confusion, delusion and sadness. The focuses related to humour and anxiety are more often found in depression diagnosis, while those related to the cognitive and behavioral domain occur most frequently in dementia diagnosis. These results are an important contribution to the clarification of some aspects of the problems and needs of older people with mental health problems, constituting a relevant addition to the research in this area.

KEYWORDS: Psychiatric Nursing; Nursing Diagnosis; Mental Health; Aged.

¹ Professor Assistente Convidado da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Doutorando em Gerontologia pelo ICBAS-UP/UA, joaquimpassos@hotmail.com

² Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto, carlossequeira@esenf.pt || ³ Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto / Psiquiatra CHSJ Porto, lfernandes@med.up.pt

Submetido em: 30-03-2012 – Aceite em 30-04-2012

Citação: Passos, J., Sequeira, C. & Fernandes, L. (2012). Prevalência dos focos de enfermagem de saúde mental em pessoas mais velhas: resultados da pesquisa documental realizada num serviço de Psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 7-12.

INTRODUÇÃO

A saúde mental concorre de forma determinante para o bem-estar da população e constitui um recurso essencial para a adaptação às exigências da vida contemporânea. O seu contributo assiste de forma preponderante à realização dos objectivos de vida e à manutenção de padrões adequados de resposta ao nível da aprendizagem, produtividade e inclusão social das pessoas (Jané-Llopis & Gabilondo, 2008). As evidências sugerem que as perturbações mentais têm uma acuidade particular nas pessoas mais velhas, atingindo cerca de 20% desta população, constituindo a depressão e a demência as principais condições de morbilidade, às quais se encontra associado um conjunto de problemas que condicionam a independência e autonomia dos mais idosos (Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves, 2008). Como problemas mais relevantes identificam-se algumas alterações relacionadas com a aprendizagem, a cognição, a memória, a orientação, a solidão, a auto-estima, a tristeza e o suicídio, que comprometem a funcionalidade global das pessoas mais velhas e interferem com a realização das suas actividades básicas e instrumentais, acarretando também sofrimento físico e psicológico (Passos, Sequeira & Fernandes, 2010). Os problemas de saúde mental são, deste modo, expressos por um conjunto de alterações psicológicas e comportamentais que afectam de forma significativa os objectivos e expectativas de vida das pessoas mais velhas, constituindo-se como uma barreira ao envelhecimento activo e bem-sucedido. Muitas destas manifestações constituem focos relevantes para a prática de enfermagem de saúde mental, pelo que se torna imperativo identificá-los, de modo a disponibilizar uma assistência mais dirigida aos problemas e necessidades específicas destas pessoas. O presente estudo tem por base os resultados de uma pesquisa documental realizada num serviço de internamento de psiquiatria de curta duração, incluída no projecto de investigação sobre “As necessidades das pessoas mais velhas com problemas de saúde mental”, desenvolvido no âmbito do Programa Doutoral em Gerontologia e Geriatria do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e da Universidade de Aveiro (ICBAS-UP/UA). O objectivo é identificar os focos de atenção de enfermagem, na área de saúde mental mais comuns nas pessoas mais velhas com doença mental, internadas no serviço, tendo por base os registos informáticos inseridos no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Pretende-se também obter um melhor conhecimento sobre os principais focos de enfermagem que afectam as pessoas idosas com problemas de saúde mental, de modo a criar uma base de informação para o desenvolvimento de um questionário de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa documental exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa, baseada nos dados contidos nos instrumentos de registo clínico utilizados no serviço.

Participantes

O estudo envolveu uma amostra consecutiva num total de registos de 71 idosos, com idade igual ou superior a 65, de ambos os sexos, utentes do Serviço Nacional de Saúde, com doença mental diagnosticada pela CID-9 (Hart, Stegman & Ford, 2009), internados no Serviço de Psiquiatria de uma unidade de saúde da região norte de Portugal, durante 12 meses, no período de Janeiro a Dezembro de 2010. A amostra integra todas as pessoas com 65 e mais anos internadas no serviço, no período em análise.

Instrumentos

Foi utilizado o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) para aceder aos dados relativos aos focos de enfermagem e o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) para recolha de outros dados clínicos. Para completar a caracterização sócio-demográfica e clínica, efectuou-se também a consulta do processo individual de cada utente. Foi construído um formulário para registar e organizar os dados sócio-demográficos e clínicos de interesse para o estudo, obtidos a partir dos instrumentos referidos.

Procedimento

Começou por se efectuar uma consulta e recolha dos dados do SAPE, procurando identificar os focos de enfermagem utilizados pelos enfermeiros. Seguidamente procedeu-se a uma análise quantitativa para determinar a prevalência dos focos de enfermagem na população em estudo. Na análise, apenas foram considerados os focos relacionados com a saúde mental e cada um só foi contabilizado uma vez, independentemente do número de vezes que tinha sido activado ou suspenso, na mesma pessoa, durante o referido período. Os focos de atenção de enfermagem foram classificados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, versão beta 2 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2000), em uso na instituição. Efectuou-se também uma consulta ao SAM e ao processo individual de cada utente para recolher dados relativos à caracterização sócio-demográfica e clínica. Para completar estes dados, nalguns casos, foram contactados os utentes ou os seus familiares/cuidadores, de modo a confirmar/actualizar ou a aceder a dados adicionais. Por fim foram realizadas algumas entrevistas informais aos enfermeiros, no sentido de conhecer os critérios utilizados para a selecção dos focos de enfermagem e

para a respectiva parametrização. Foram também analisados os critérios clínicos usados por estes, para a discriminação entre os diferentes focos de enfermagem. No desenvolvimento do presente estudo foram cumpridos todos os procedimentos éticos, tendo sido obtida autorização da Comissão de Ética e da Direcção da Instituição onde decorreu. Foram também acauteladas as medidas necessárias para salvaguardar o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após recolha de dados, tendo por base os instrumentos e procedimentos enumerados, estes foram organizados e classificados, tendo o seu tratamento sido efectuado através do recurso ao IBM SPSS, versão 19. Em primeiro lugar, foi efectuada uma análise descritiva dos dados. Dos 71 casos analisados, a maioria era do sexo feminino (78.9%) e viúva (38%), com uma média de idades de 73.7 (DP=6.5) anos, variando entre 65 e 89 anos. A média de dias de internamento foi de 20.2 (DP=17.8), variando entre 1 e 96 dias. A maioria dos sujeitos (91.5%) tinha escolaridade inferior a 4 anos e vivia em áreas rurais (63.4%). O diagnóstico psiquiátrico mais prevalente foi a demência (36.6%), seguido da depressão (26.8%) e da esquizofrenia/outras psicoses (14.1%). Em 98.6% havia comorbilidade somática e todos tinham em curso tratamento com psicofármacos. As principais características sócio-demográficas e clínicas dos participantes estão apresentadas em detalhe na Tabela 1.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e clínicas dos participantes	
Características n = 71	
Idade (anos): M = 73.7 (DP = 6.5); m 65 – M 89	
Género: n (%)	
Masculino	15 (21.1)
Feminino	56 (78.9)
Estado civil: n (%)	
Solteiro(a)	11 (15.5)
Casado(a)/União de facto	27 (38.1)
Viúvo(a)	27 (38.0)
Divorciado/Separado	6 (8.4)
Escolaridade/anos: n (%)	
0 – 4	65 (91.5)
5 – 9	2 (2.8)
≥10	4 (5.6)
Área geográfica: n (%)	
Urbana	20 (28.2)
Suburbana	6 (8.5)
Rural	45 (63.4)
Diagnósticos neuropsiquiátricos: n (%)	
Perturbação depressiva	19 (26.8)
Demência	26 (36.6)

Perturbação bipolar	8 (11.3)
Esquizofrenia e outras psicoses	10 (14.1)
Dependência de álcool	2 (2.8)
Perturbação de ajustamento	4 (5.6)
Atraso mental	2 (2.8)
Co-morbilidade somática: n (%)	
Sim	70 (98.6)
Não	1 (1.4)
Tratamento com psicofármacos: n (%)	
Sim	71 (100)
Não	0 (0.0)

Prevalência dos focos de enfermagem

A partir dos registos do SAPE, procuramos conhecer a distribuição de frequências dos focos de enfermagem. Os resultados permitiram a identificação de 13 focos de atenção de enfermagem de saúde mental: os mais prevalentes foram insónia (70.4%), humor e processo do pensamento (60.6%), confusão (43.7%), crença errónea (40.8%) e tristeza (36.6%). Para uma melhor apreciação dos resultados, os focos encontrados são apresentados por ordem alfabética e em detalhe na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de frequência dos focos de enfermagem		
Focos de Enfermagem	Presente (N %)	Ausente (N %)
Agitação	11 (15.5)	60 (84.5)
Alucinação	11 (15.5)	60 (84.5)
Ansiedade	17 (23.9)	54 (76.1)
Auto-estima	2 (2.8)	69 (97.2)
Comunicação	22 (31.0)	49 (69.0)
Confusão	31 (43.7)	40 (56.3)
Crença errónea	29 (40.8)	42 (59.2)
Humor	43 (60.6)	28 (39.4)
Insónia	50 (70.4)	21 (29.6)
Orientação	9 (12.7)	62 (87.3)
Processo do pensamento	43 (60.6)	28 (39.4)
Tristeza	26 (36.6)	45 (63.4)
Vontade de viver	11 (15.5)	60 (84.5)

Distribuição dos focos de enfermagem pelos diagnósticos médicos

No sentido de conhecer a distribuição dos focos de enfermagem em relação aos diagnósticos médicos, procedeu-se também a uma análise de distribuição de frequência (Tabela 3). Os resultados permitiram verificar que a grande parte dos focos de enfermagem aparece com maior frequência nos diagnósticos de depressão e demência, que foram os mais prevalentes. Por sua vez, os focos relacionados com alterações do humor (humor, tristeza, vontade de viver e auto-estima) e perturbações ansiosas (ansiedade) aparecem com maior frequência

nas pessoas com diagnóstico de depressão, ao passo que os focos relacionados com alterações do comportamento (agitação e insónia) e da cognição (alucinação, orientação, processo do pensamento, crença errónea, comunicação e confusão) surgem mais nas pessoas com diagnóstico de demência.

Tabela 3. Distribuição de frequência dos focos de enfermagem pelos diagnósticos médicos

Focos de enfermagem	Perturbação depressiva	Demência	Perturbação bipolar	Esquizofrenia e outras psicoses	Dependência de álcool	Perturbação de ajustamento	Atraso mental
Agitação	---	8	2	1	---	---	---
Alucinação	2	6	---	3	---	---	---
Ansiedade	10	2	1	2	---	1	1
Auto-estima	2	---	---	---	---	---	---
Comunicação	3	9	4	3	---	1	2
Confusão	4	23	2	1	---	1	---
Crença errónea	5	12	5	7	---	---	---
Humor	18	14	7	1	---	3	---
Insónia	14	19	8	4	1	3	1
Orientação	1	6	1	1	---	---	---
Proc. pensamento	7	21	6	6	---	1	2
Tristeza	15	4	3	1	---	3	---
Vontade de viver	6	1	1	1	---	2	---

Análise de associação entre os diagnósticos médicos (demência e depressão) e os focos de enfermagem

Identificados os focos de enfermagem mais prevalentes, bem como a sua distribuição pelos vários diagnósticos médicos considerados, procurou-se analisar a existência de eventuais associações entre os diagnósticos de demência e depressão e os focos de enfermagem. Para isso, foram utilizados testes de Qui-quadrado. Assim, foram encontradas associações significativas entre estes diagnósticos médicos e alguns focos de enfermagem, nomeadamente:

- Ansiedade [$X^2(1) = 11.33, p < .01$]: está presente na maioria dos pacientes diagnosticados com depressão (52.6%), enquanto que na maioria dos pacientes diagnosticados com demência (92.3%) está ausente.
- Confusão [$X^2(1) = 20.78, p < .001$]: está presente na maioria dos pacientes diagnosticados com demência (88.5%), enquanto que na maioria dos pacientes diagnosticados com depressão (78.9%) está ausente.
- Tristeza [$X^2(1) = 18.18, p < .001$]: está presente na maioria dos pacientes diagnosticados com depressão (78.9%), enquanto que na maioria dos pacientes diagnosticados com demência (84.6%) está ausente.
- Humor [$X^2(1) = 8.94, p < .01$]: está presente na maioria dos pacientes diagnosticados com depressão (94.7%), assim como na maioria dos pacientes diagnosticados com demência (53.8%).
- Processo de pensamento [$X^2(1) = 9.01, p < .01$]: está presente na maioria dos pacientes diagnosticados com demência (80.8%), enquanto que na maioria dos pacientes diagnosticados com depressão (63.2%) está ausente.

Análise de associação entre as variáveis sócio-demográficas e os focos de atenção de enfermagem

Procedeu-se também a uma análise de associações entre algumas variáveis sócio-demográficas, como idade e género com os focos de enfermagem, mais uma vez

utilizando testes de Qui-quadrado. Desta forma, foi encontrada uma associação significativa entre a idade e o foco confusão [$X^2(1) = 5.77, p < .05$]. Na maioria dos pacientes com idades entre 65 e 80 anos (62.7%) o foco confusão está ausente, enquanto que, nos pacientes com idade superior a 80 anos (75.0%), está presente.

Relativamente ao género não foram encontradas associações estatisticamente significativas.

Análise de associação entre as variáveis sócio-demográficas e os diagnósticos médicos (demência e depressão)

Efectuou-se ainda uma análise de associações entre idade e género

com os diagnósticos de depressão e demência. Verificou-se uma correlação positiva e significativa entre idade e depressão e demência ($r_{pb} = .48, p < .01$). Assim, mais idade está associada ao diagnóstico de demência. Verificou-se também uma associação significativa entre género e depressão e demência [$X^2(1) = 5.47, p < .05$]. Assim, a maioria dos indivíduos do sexo masculino (90.0%) tem diagnóstico de demência, ao passo que a maioria no sexo feminino (51.4%) tem diagnóstico de depressão.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados apontam para uma maior prevalência da demência e depressão, o que vai de encontro aos dados apresentados por Benedetti et al. (2008), que colocam estas duas condições clínicas como as perturbações mentais mais prevalentes nas pessoas mais velhas. No que diz respeito à ocorrência de sintomas depressivos nos idosos, os estudos apontam para uma prevalência acima dos 10% (Snowdon, 2002). Também, em relação à demência, tem-se demonstrado que esta apresenta uma expressão significativa como condição de morbilidade na população idosa, com um aumento significativo à medida que a idade avança, sendo que as síndromes demenciais podem variar entre 1% nas pessoas dos 65 aos 69 anos até 55% a partir dos 95 anos (Lopes & Bottino, 2002). Os resultados obtidos no presente estudo são sensíveis aos dados descritos anteriormente, apresentando uma prevalência algo superior aos valores estimados para a população idosa em geral, uma vez que foram obtidos a partir de uma amostra de pessoas em regime de internamento psiquiátrico. Contudo, estão muito próximos de outros estudos em populações psiquiátricas (Gonçalves-Pereira et al., 2007; Fernandes et al., 2009; Hancock, Reynolds, Woods, Thornicroft & Orrell, 2003; Mateos, Ybarzábal, Garcia, Amboage & Fraguera, 2004; Reynolds et al., 2000). No que diz respeito aos focos de atenção de enfermagem identificados, verificou-se também uma aproximação em relação aos dados disponíveis. A presença de um vasto

número de focos relacionados com os domínios cognitivo e comportamental vai de encontro aos dados apresentados por outros autores (Baltes & Smith, 2006; Fernández-Ballesteros, 2009; Passos et al., 2010; Sequeira, 2006, 2010; Small, 2002). Também a ocorrência de alguns focos na área do humor revela conformidade em relação à perspectiva de outros autores, que apontam para a presença destas manifestações associadas a diferentes quadros depressivos (Passos et al., 2010; Paul, 2007; Paúl, Ayes, & Ebrahim, 2006; Sequeira, 2006, 2010; Unutzer, 2007). No serviço em análise, a parametrização dos dados no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), obedeceu a um resumo mínimo de dados que assentou na seleção dos focos mais frequentes, em contexto de internamento psiquiátrico de curta duração. Este processo tem sido maturado, tendo por base a experiência desenvolvida pelos enfermeiros na utilização destas ferramentas, bem como através da análise dos resultados clínicos obtidos a partir do uso dos focos de enfermagem parametrizados. Exemplo destes desenvolvimentos é o facto de alguns focos como “Memória” e “Tentativa de suicídio”, que até ao final de 2010 não faziam parte do conjunto de focos frequentes, passarem a integrar este resumo, a partir da última revisão da parametrização. Este procedimento, associado à natureza e às condições de resposta do serviço, levou a que alguns focos de enfermagem, apresentados na literatura como frequentes nas pessoas mais velhas, não tenham sido identificados neste estudo. A partir das entrevistas informais realizadas com os enfermeiros, foi possível efectuar uma análise mais segura relativamente aos critérios de selecção dos focos de enfermagem e à respectiva parametrização. Permitiram também identificar outros domínios, cuja resposta está a ser enquadrada no âmbito dos focos parametrizados, que podem constituir-se como diferentes áreas de atenção para a prática clínica e que sugerem a presença de outros focos característicos das pessoas idosas com problemas de saúde mental. Deste modo, impõe-se a necessidade de se proceder a outras análises, que permitam clarificar melhor estes aspectos e proporcionar dados mais objectivos e realistas sobre o fenómeno em estudo.

CONCLUSÕES

Neste estudo, os diagnósticos mais frequentes foram o de depressão e de demência, seguidos de psicose e perturbação bipolar. Associado à depressão e à demência, aparecem alguns focos de atenção de enfermagem de saúde mental, que devem constituir o

principal objectivo das intervenções neste âmbito. Os resultados permitiram também identificar um vasto número de focos de enfermagem de saúde mental, que podem estar presentes nas pessoas mais velhas com doença mental. A sua análise sugere que os focos humor, ansiedade e tristeza aparecem mais associados ao diagnóstico de depressão, enquanto que os focos processo do pensamento e confusão aparecem mais associados à demência. Tendo em conta o trabalho que se pretende desenvolver, estes dados fornecem uma informação relevante para perspectivar os próximos passos da investigação, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento de um questionário de enfermagem de saúde mental. Uma vez que os focos parametrizados no serviço, dizem respeito a um resumo mínimo de dados elaborado pelos enfermeiros, de acordo com a natureza clínica e as condições específicas da unidade de internamento, bem como em função das possibilidades de resposta por parte destes técnicos de saúde relativos aos problemas/necessidades apresentados pelos utentes, entende-se que será necessário aprofundar a pesquisa. Neste sentido é fundamental conhecer melhor os principais focos de atenção de enfermagem de saúde mental, que possam estar presentes nas pessoas mais velhas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baltes, P. B. & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, v.17, n.36, p.7-31.
- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L., & Gonçalves, L. H. T. (2008). Actividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista Saúde Pública*, 42 (2), 302-7.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*, Versão Beta 2, Versão oficial em português. Lisboa.
- Fernandes, L., Gonçalves-Pereira, M., Leuschner, A., Martins, S., Sobral, M., Azevedo, L. F. et al. (2009). Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *Internacional Psychogeriatrics*, 21 (1), 94-102.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Gonçalves-Pereira, M., Fernandes, L., Leuschner, A., Barreto, J., Falcão, D., Firmino, H. et al. (2007). Versão portuguesa of Camberwell Assessment of Need for the Elderly: desenvolvimento e dados preliminares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 7-18.

Hancock, G. A., Reynolds, T., Woods, B., Thornicroft, G. & Orrell, M. (2003). The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer, and the staff. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18, 803-811.

Hart, A. C., Stegman, M. S., & Ford, B. (Eds.). (2009). *ICD-9-CM 2010 Professional for Hospitals: International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification* (6th ed., Vols 1-3). Salt Lake City, UT: In-genix.

Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A. (Eds.). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.

Lopes, M. A. & Bottino, C. M. C. (2002). Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. *Arquivos de neuropsiquiatria*, 60 (1), 61- 69.

Mateos, R., Ybarzábal, M., Garcia, M., Amboage, M. & Fraguera, I. (2004). The Spanish CANE: validation study and utility in epidemiological surveys. In M. Orrell and G. Hancock (Eds.), *CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly* (pp.21-28). London: Gaskell.

Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, L. (2010). Implicações da saúde mental no envelhecimento activo: uma perspectiva de enfermagem. In Sequeira, C. & Sá, L. (Coords.). *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental: II Congresso Internacional da SPESM. Actas do II Congresso Internacional da SPESM, Barcelos, Portugal, 26-29 Outubro 2010*. pp. 184-192.

Paúl, C. (2007). Old-Old People: Major recent Findings and the European Contribution to the State of the Art. In Rocío Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. European perspectives for an ageing world* (pp. 128-144). Gottingen: Hogrefe y Huber.

Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness, and disability in old age. *Psychology, Health, and Medicine*, 11, 221-232.

Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M. et al. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly: development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*, 176, 444-452.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.

Small, G. W. (2002). What we need to know about age related memory loss. *British Medical Journal*, 321, 1502-1505.

Snowdon, J. (2002). Prevalence of depression in old age. *Rev Bras Psiquiatr*, 24, (Supl I), 42-7.

Unutzer, J. (2007). Clinical practice. Late-life depression. *New England Journal of Medicine*; 357:2269.



3.2. Focos de enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Revista Enfermagem Referência (submetido)

FONTES DE INDEXAÇÃO | INDEXING SOURCES

SciELO Citation Index, Web of Knowledge, Thomson Reuters

LILACS, BDENF, CINAHL, LATINDEX, SciELO (Portugal), CUIDEN y em Hemeroteca Digital CANTÁRIDA

Miembro del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería (CIBERE)

Fonte académica EBSCO

Analisada como revista fonte em CUIDEN citação

Focos de enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental

Resumo

Contexto: As perturbações mentais nos idosos associam-se frequentemente a um conjunto de perdas cognitivas, sintomas psicológicos e comportamentais que comprometem a qualidade de vida desta população, constituindo manifestações relevantes para a prática de enfermagem. **Objectivos:** identificar os focos de atenção de enfermagem relacionados com a saúde mental mais comuns nas pessoas mais velhas. **Método:** Foram avaliados 75 utentes (≥ 65 anos), com doença mental diagnosticada pela CID-9, no contexto de um Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. **Instrumentos:** Mini-Exame do Estado Mental/MMSE; Teste do Relógio/CDT; Escala de Depressão Geriátrica/GDS; Escala de Ansiedade de Zung/ZAS; Índice de Barthel/BI; Índice de Lawton e Brody/LI; e Classificação Social de Graffar/GSC. **Resultados:** Os diagnósticos médicos mais comuns foram a depressão e a demência. A maioria dos utentes apresentava défice cognitivo, depressão, ansiedade, dependência moderada nas ABVD's e algum nível de dependência nas AIVD's. Os focos de enfermagem mais comuns foram: memória, cansaço, ansiedade, nervosismo, insónia e atenção. **Conclusão:** Verificou-se que as alterações cognitivas, a demência e a depressão estavam associadas a um maior número de focos de enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem psiquiátrica; foco de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; saúde mental; idoso; idoso de 80 anos ou mais.

Nursing focus in older people with mental health problems

Abstract

Background: Mental disorders in elderly are usually associated with cognitive impairment, behavioural and psychological symptoms that affect the quality of life of this people and are relevant conditions to the nursing practice. **Objectives:** The main objective of this study was to identify the mental health nursing focus more common in elderly. **Methods:** A sample of 75 patients (≥ 65 years old), diagnosed with mental illness using ICD-9, were evaluated in the context of a Department of Psychiatry and Mental Health. The following instruments were used: Mini-Mental State Examination/MMSE; Clock Draw Test/CDT; Geriatric Depression Scale/GDS; Zung Anxiety Scale/ZAS; Barthel Index/BI; Lawton & Brody Index/LI; and Graffar Social Classification/GSC. **Results:** The most common medical diagnosis were depression and dementia. Most of the patients presented cognitive impairment, depression, anxiety, a moderate dependency in BADL's and some level of dependence in IADL's. The most common nursing focus were memory, fatigue, anxiety, nervousness, insomnia and attention. **Conclusion:** It was found that cognitive

impairment, dementia and depression were associated with a higher number of nursing focus.

Keywords: psychiatric nursing; nursing focus; nursing diagnosis; mental health; aged; aged, 80 and over.

Focos de enfermagem em las personas mayores con problemas de salud mental

Resumen

Contexto: Los trastornos mentales en las personas mayores con frecuencia se asocian con problemas cognitivos, síntomas psicológicos y de comportamiento que afectan a la calidad de vida de estas personas y son relevantes para la práctica de enfermería. Objetivos: identificar los focos de enfermería relacionados con la salud mental más comunes en las personas mayores. Metodología: Fueron evaluados 75 usuarios (≥ 65 años), con diagnóstico de enfermedad mental por la CIE-9, en un Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Instrumentos utilizados: Mini Examen del Estado Mental/MMSE, Test del Reloj/CDT, Escala de Depresión Geriátrica/GDS; Escala de Ansiedad de Zung/ZAS, Índice de Barthel/BI; Índice de Lawton y Brody/LI, y Escala de Clasificación Social de Graffar/GSC. Resultados: Los diagnósticos médicos más comunes fueron la depresión y la demencia. La mayoría de los usuarios presentaba deterioro cognitivo, depresión, ansiedad, dependencia moderada en B-ADL y un cierto grado de dependencia en I-ADL. Focos de enfermería más comunes: memoria, fatiga, ansiedad, nerviosismo, insomnio y atención. Conclusiones: Se encontró que los trastornos cognitivos, la demencia e la depresión se asociaron con un mayor número de focos de enfermería.

Palabras clave: enfermería psiquiátrica; foco de enfermería; diagnóstico de enfermería; salud mental; anciano; anciano de 80 o más años.

Introdução

A tendência de envelhecimento da população tem vindo a acentuar-se em Portugal, à semelhança da maioria dos países europeus, aumentando significativamente o peso do número de pessoas mais velhas na população portuguesa. Esta tendência reforça as problemáticas relacionadas com o envelhecimento e coloca maiores preocupações em relação às condições de vida e de saúde/doença das pessoas mais velhas.

Associado a estas evidências, a prevalência de doenças crónicas, com a coexistência de comorbilidade física e mental, nesta população, constitui um factor que contribui para a agudização dos seus problemas. No que diz respeito à doença mental, os dados disponíveis apontam para um incremento das perturbações depressivas e dos quadros demenciais, traduzidos por manifestações psicopatológicas, muitas vezes apresentadas

sob a forma de síndromes clínicas, que dificultam o processo de avaliação (Canabrava et al., 2012). Estes dados suscitam uma análise aprofundada, de modo a conhecer a sua verdadeira natureza e a traduzi-los em constructos sensíveis às terminologias de enfermagem. Muitas destas condições constituem domínios ou focos relevantes para a prática clínica (Passos, Sequeira & Fernandes, 2010, 2012; Sequeira, 2010), devendo ser reconhecidos pelos enfermeiros, tendo por base uma linguagem comum, que permita sustentar a padronização da documentação e a consequente valorização da prática, através da identificação de diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2011; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2007). Neste sentido, para que os cuidados de enfermagem sejam eficazes, é fundamental identificar e definir os problemas dos utentes, bem como as suas causas e factores relacionados, e documentá-los de forma adequada (Frauenfelder, Muller-Staub, Needham, & Van Achterberg, 2011). Esta exigência requer o desenvolvimento de instrumentos adequados que permitam uma avaliação objectiva dos problemas e necessidades específicas das pessoas portadoras de doença mental (Coombs, Curtis, & Crookes, 2011).

No sentido de responder a algumas destas preocupações, foi delineado o presente estudo, que teve como principal objectivo identificar focos de atenção de enfermagem relacionados com a saúde mental mais comuns nas pessoas mais velhas com doença mental. Pretendia-se também analisar a relação entre estes focos e os factores sócio-demográficos, clínicos e de funcionalidade. Procurou-se ainda dar um contributo para a elaboração de um Catálogo CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) em saúde mental dirigido às necessidades do idoso e para o desenvolvimento de um questionário de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Para o enquadramento deste trabalho utilizou-se a CIPE, uma vez que é a classificação proposta pelo CIE e pela OE e faz parte das classificações internacionais reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo largamente utilizada nos sistemas de informação de apoio à prática clínica, em Portugal e a nível internacional (CIE, 2011; OE, 2007).

Enquadramento teórico

De acordo com Benedetti, Borges, Petroski, and Gonçalves (2008), as perturbações mentais comprometem 20% da população mais velha, entre as quais se destacam a demência e a depressão com a maior prevalência. O envelhecimento populacional tem levado a um aumento na prevalência de doenças degenerativas crónicas, especialmente a demência, assumindo a manutenção da saúde cognitiva uma importância relevante para a prevenção da dependência e da incapacidade funcional (Apóstolo, Cardoso, Marta

& Amaral, 2011), originando também um incremento da doença física e dos problemas sociais. Do mesmo modo, a depressão é descrita como uma doença incapacitante, com consequências a nível do funcionamento global e da satisfação das necessidades das pessoas mais velhas (Benedetti et al., 2008). Por outro lado, a associação de sintomas depressivos e ansiosos a diversas comorbilidades médicas frequentes neste sector etário, agravam ainda mais as dificuldades destas pessoas, para fazerem face às exigências da vida (Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011). Associadas a estas condições psicopatológicas ocorrem um conjunto de perdas cognitivas, sobretudo nas pessoas de idade mais avançada, bem como outros sintomas psicológicos e comportamentais que determinam problemas e necessidades específicas.

Neste sentido, os enfermeiros, devem estudar e analisar esta problemática numa perspectiva holística e multidimensional, de modo a identificar os focos mais relevantes para a enfermagem e a criar evidência científica que permita melhorar a resposta ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. Neste domínio, o CIE sugere o envolvimento dos enfermeiros na investigação e realça a necessidade da existência de dados, baseados na evidência, que permitam criar padrões para a representação da prática de enfermagem nos sistemas de informação da saúde baseada no conhecimento, no contexto dos cuidados de saúde globais (CIE, 2009). Em consequência, incentiva os enfermeiros, nos diferentes contextos da sua intervenção, a identificarem focos relevantes para a prática de enfermagem, relacionados com prioridades de saúde ou grupos e populações específicas, de modo a contribuírem para a criação de catálogos CIPE e para a melhoria desta classificação (CIE, 2009, 2011). Os focos constituem áreas de atenção relevantes para a enfermagem (por exemplo, ansiedade, confusão, tristeza, solidão, auto-estima, etc.) e são fundamentais para que o enfermeiro estabeleça um diagnóstico, o qual constitui a base para o planeamento da assistência (CIE, 2011). A identificação correcta de um foco de enfermagem é um passo essencial para o reconhecimento de um problema ou de uma necessidade específica e para a elaboração de um diagnóstico, que permita planear uma resposta adequada. Neste sentido, formularam-se como principais questões de partida para a realização deste estudo: Quais os focos de enfermagem relacionados com a saúde mental mais comuns nas pessoas mais velhas com doença mental? Qual a relação entre estes focos e os factores sócio-demográficos, clínicos e de funcionalidade?

Metodologia

Tendo em conta o propósito da investigação e os objectivos enunciados, foi realizado um estudo descritivo e uma análise exploratória, utilizando uma abordagem quantitativa e correlacional.

Participantes

Foi recrutada uma amostra de 75 participantes, com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, com doença mental diagnosticada segundo a Classificação Internacional de Doenças/CID-9 (World Health Organization, 1978) no contexto do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), internamento e consulta externa, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, EPE).

Foram excluídas todas as pessoas que apresentavam défice visual ou auditivo, bem como grave compromisso na comunicação que impedissem a aplicação do protocolo de avaliação.

Instrumentos

De modo a adequar o protocolo de avaliação ao contexto e ao propósito da investigação, foram seleccionados instrumentos ajustados aos objectivos do estudo e às características da população e utilizadas versões validadas ou adaptadas para a população portuguesa. Foram usados os seguintes instrumentos: Mini-Mental State Examination/MMSE, considerando os novos pontos de corte adaptados para a população portuguesa (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009): Defeito cognitivo: 0-2 anos de escolaridade ≤ 22 ; 3-6 anos de escolaridade ≤ 24 ; 7 ou mais anos de escolaridade ≤ 27 ; O Clock Draw Test/CDT (Cacho, García-García, Arcaya, Vicente, & Lantada, 1999), tendo como pontos de corte: 0-10: > 6 normal; ≤ 6 anormal). A Geriatric Depression Scale/GDS - 15 itens (Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008), sem depressão ≤ 5 ; com depressão > 5 . A Zung Anxiety Scale/ZAS (Serra, Ponciano, & Relvas, 1982), seguindo o ponto de corte sem ansiedade < 40 ; com ansiedade ≥ 40). O Barthel Index/BI (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007, cujos pontos corte: Independência total 20; Dependência moderada 13-19; Dependência grave 9-12; Total dependência 0-8). O Lawton e Brody Index/LI (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008), com os seguintes valores: Independência total 23; Algum nível de dependência < 23). A Graffar's Social Classification/GSC (Fernandes, 2004), considerando a seguinte divisão: 0-2 classe I; 3-4 classe II; 5-6 classe III; 7-8 classe IV; 9-10 classe V.

Procedimento

Os participantes foram identificados através da listagem de consultas programadas. As entrevistas de avaliação foram realizadas pelo investigador no serviço de internamento ou nas unidades de consulta externa, no período de Abril a Setembro de 2011. O investigador deu informação acerca do estudo convidando os utentes à participação com consentimento informado. Foram avaliados 21 utentes internados, 46 na consulta externa, 6 em lares e 2 no domicílio. Alguns utentes foram avaliados nos lares ou no seu domicílio devido a problemas físicos ou de saúde que impediam a sua deslocação aos

serviços. Foram ainda entrevistados 52 cuidadores e colhida informação dos técnicos de saúde de 71 doentes (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros).

Para a caracterização sócio-demográfica e clínica recorreu-se aos registos da informação em formulário próprio, que fez parte do protocolo de investigação. Para completar esta caracterização, além das entrevistas de avaliação realizadas, foi também efectuada uma consulta ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e ao Sistema de Apoio ao Médico (SAM), bem como ao processo individual de cada utente.

Relativamente à informação clínica, foram ainda realizadas entrevistas informais aos psiquiatras, no sentido de actualizar a informação acerca do diagnóstico médico, e aos enfermeiros, para analisar informação relativa aos focos de enfermagem relacionados com a saúde mental e aos critérios de selecção e de parametrização utilizados.

No que diz respeito à informação clínica de enfermagem, foram considerados apenas os focos de atenção relacionados com a saúde mental, tendo estes sido classificados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/CIPE, versão 2 (CIE, 2011).

Tendo por base a informação obtida a partir da aplicação do protocolo de avaliação, bem como de outros procedimentos descritos anteriormente, procurou-se identificar os focos de atenção relevantes para a prática de enfermagem relacionados com a saúde mental mais comuns na população em estudo. Neste sentido, foram consideradas as pontuações globais e parciais dos instrumentos utilizados, bem como a informação obtida a partir da análise de itens, ou grupos de itens, e de diferentes domínios dos instrumentos que, de forma directa ou conjugada, permitisse identificar áreas ou focos clínicos relacionados com a saúde mental e de interesse para a prática de enfermagem. Utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão 2), procurou-se valorizar a informação obtida, tendo em conta a descrição do conceito de cada foco de enfermagem relacionado com a saúde mental para, desse modo, seleccionar os que apresentavam alterações ou algum nível de compromisso.

Foi obtida autorização da Comissão de Ética e da Direcção da Instituição onde decorreu o estudo, bem como o consentimento informado dos utentes e cuidadores informais e acauteladas as medidas necessárias para salvaguarda da confidencialidade.

Análise estatística

Os dados foram organizados e classificados, procedendo-se ao seu tratamento estatístico usando o *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Para analisar a relação entre as principais variáveis foram utilizados testes de Qui-quadrado (χ^2) e o Coeficiente de Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}). Foi ainda utilizado o Coeficiente de Correlação Parcial para analisar algumas correlações, controlando-as relativamente a outros factores. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

Resultados

Os dados foram obtidos a partir de uma amostra de 75 utentes, com idades entre 65 e 93 anos ($M = 73,3$ anos, $DP = 6,6$) e escolaridade entre 0 e 9 anos ($M = 2,76$ anos, $DP = 1,96$). Na amostra 73,3% eram do género feminino, 49,3% casadas, vivia com o companheiro (50,7%), em áreas rurais (74,7%) e pertencia à classe social muito baixa (94,7%). Foram avaliadas no contexto da consulta externa (73,3%), tinham como diagnósticos principais perturbação depressiva (36,0%) e demência (29,3%), e apresentavam comorbilidade somática em 98,7% dos casos. Grande parte dos participantes (69,3%) tinha cuidador informal e vivia com o cuidador (56,0%).

Resultados sobre a condição cognitiva, psicológica e de funcionalidade

A pontuação global dos instrumentos utilizados revelou que 52,0% dos participantes apresentavam défice cognitivo na avaliação com o MMSE ($M = 22,28$, $DP = 6,45$) e 66,7% tinham um resultado anormal no CDT ($M = 4,65$; $DP = 3,40$). Apresentavam também depressão (GDS, 61,3%), pontuação média 8,14 ($DP = 4,32$), e 81,3% apresentavam ansiedade na ZAS ($M = 48,49$; $DP = 8,41$). No que diz respeito à funcionalidade, 49,3% apresentavam dependência moderada nas actividades básicas de vida diária/ABVD's avaliadas pelo BI, 42,7% independência total e 4,0% apresentava dependência grave ou total dependência ($M = 17,52$; $DP = 3,68$). Relativamente às actividades instrumentais de vida diária/AIVD's (LI), 77,3% apresentavam algum nível de dependência ($M = 13,41$; $DP = 8,05$).

Focos de enfermagem relacionados com a área de saúde mental

Os resultados permitiram identificar 42 focos de atenção de enfermagem relacionados com a saúde mental, ao nível dos quais se encontraram alterações e que apresentavam uma maior probabilidade de se constituírem como problema de saúde nas pessoas mais velhas com doença mental. Através da análise efectuada foi possível reconhecer diferentes condições clínicas ao nível dos focos identificados (actual, anormal, comprometido, deteriorado, diminuído, elevado, etc.), o que permitiu considerá-los como áreas de atenção relevantes nesta população. A Tabela 1 apresenta as frequências dos focos mais comuns em relação à amostra total e aos grupos de ambulatório e internamento. Foram identificados como presentes os focos de enfermagem ao nível dos quais a pessoa apresentava alguma alteração, sendo nos restantes casos considerados como ausentes. No que diz respeito à amostra total os focos mais frequentes foram memória (90.7%), cansaço (86.7%), ansiedade (84%), nervosismo (78.7%) e insónia (77.3%). Os doentes avaliados em ambulatório apresentavam como focos mais comuns memória (92.7%), cansaço (87.3%), ansiedade (83.6%), insónia e nervosismo (78.2%), atenção (67,3%) e solidão (63,6%), ao passo que os focos mais frequentes nos utentes

avaliados no internamento foram atenção (95.0%), pensamento (90.0%), ansiedade, memória, concentração, cansaço e cognição (85.0%).

Tabela 1 – Frequência dos focos de enfermagem

Focos de enfermagem	Amostra total (n=75)				Ambulatório (n=55)				Internamento (n=20)			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ansiedade	63	84.0	12	16.0	46	83.6	9	16.4	17	85.0	3	15.0
Atenção	56	74.7	19	25.3	37	67.3	18	32.7	19	95.0	1	5.0
Auto-estima	31	41.3	44	58.7	19	34.5	36	65.5	12	60.0	8	40.0
Cansaço	65	86.7	10	13.3	48	87.3	7	12.7	17	85.0	3	15.0
Cognição	51	68.0	24	32.0	34	61.8	21	38.2	17	85.0	3	15.0
Concentração	49	65.3	26	34.7	32	58.2	23	41.8	17	85.0	3	15.0
Depressão	38	50.7	37	49.3	25	45.5	30	54.5	13	65.0	7	35.0
Desamparo	25	33.3	50	66.7	14	25.5	41	74.5	11	55.0	9	45.0
Desespero	27	36.0	48	64.0	16	29.1	39	70.9	11	55.0	9	45.0
Insónia	58	77.3	17	22.7	43	78.2	12	21.8	15	75.0	5	25.0
Medo	41	54.7	34	45.3	32	58.2	23	41.8	9	45.0	11	55.0
Memória	68	90.7	7	9.3	51	92.7	4	7.3	17	85.0	3	15.0
Nervosismo	59	78.7	16	21.3	43	78.2	12	21.8	16	80.0	4	20.0
Orientação	35	46.7	40	53.3	24	43.6	31	56.4	11	55.0	9	45.0
Pensamento	52	69.3	23	30.7	34	61.8	21	38.2	18	90.0	2	10.0
Percepção	42	56.0	33	44.0	27	49.1	28	50.9	15	75.0	5	25.0
Pesadelo	40	53.3	35	46.7	31	56.4	24	43.6	9	45.0	11	55.0
Solidão	49	65.3	26	34.7	35	63.6	20	36.4	14	70.0	6	30.0
Stress	29	38.7	46	61.3	21	38.2	34	61.8	8	40.0	12	60.0
Tristeza	48	64.0	27	36.0	33	60.0	22	40.0	15	75.0	5	25.0
Vontade de viver	24	32.0	51	68.0	16	29.1	39	70.9	8	40.0	12	60.0

Distribuição dos focos de enfermagem pelos diagnósticos psiquiátricos

No sentido de conhecer a distribuição dos focos de enfermagem em relação aos diagnósticos médicos, procedeu-se a uma análise de distribuição de frequências (Tabela 2). Os resultados permitiram verificar que a grande parte dos focos de enfermagem apareciam com maior frequência nos diagnósticos de depressão e demência, que foram os mais prevalentes. A análise permitiu também apurar que os focos relacionados com alterações do humor (tristeza, vontade de viver, auto-estima, desolação, depressão, euforia, ideação suicida e tentativa de suicídio) e com perturbações ansiosas (ansiedade, stress, medo, nervosismo, cansaço, pesadelo, angústia, coping e desespero) apareciam com maior frequência nas pessoas com diagnóstico médico de depressão, ao passo que os focos relacionados com alterações do comportamento (agitação, comportamento agressivo, comportamento desorganizado e insónia) e da cognição (pensamento, delírio, crença errónea, alucinação, orientação, atenção, concentração, cognição, aprendizagem, comunicação e confusão) surgiam mais nas pessoas com diagnóstico de demência.

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos focos de enfermagem pelos diagnósticos médicos

Focos de enfermagem	Perturb. depressiva (n=27)	Demência (n=22)	Perturb. bipolar (n=9)	Esquizofrenia out. psicoses (n=4)	Depend. álcool (n=4)	Perturb. ajustamento (n=4)	Perturb. ansiedade (n=3)	Sem diagnóstico (n=2)
Abuso de álcool	---	1	---	---	3	1	---	---
Agitação	2	1	---	---	---	---	---	---
Alucinação	1	6	2	---	---	---	---	---
Angústia	3	1	---	---	---	---	---	---
Ansiedade	26	17	8	3	3	4	2	---
Aprendizagem	3	13	---	2	1	1	---	---
Atenção	17	20	6	4	4	2	1	2
Autocontrolo	1	3	---	1	3	1	---	---
Auto-estima	13	11	3	1	---	2	1	---
Cansaço	26	19	6	4	4	3	3	---
Cognição	17	19	3	3	4	2	1	2
Comp. Agressivo	---	6	1	---	---	---	---	---
Comp. Desorganizado	1	2	---	1	---	---	---	---
Comunicação	7	9	---	1	3	---	1	1
Concentração	15	18	6	2	4	2	1	1
Confusão	2	13	---	2	1	1	---	---
Coping	8	4	3	1	1	2	1	---
Crença errónea	---	4	2	---	1	---	---	---
Delírio	---	4	2	---	1	---	---	---
Depressão	19	11	1	2	2	2	1	---
Desamparo	10	9	1	---	3	2	---	---
Desespero	11	9	2	1	1	3	---	---
Desolação	11	3	---	---	---	1	---	---
Euforia	---	1	2	---	---	---	---	---
Falta de esperança	9	2	1	---	2	1	1	---
Força de vontade	8	5	---	---	1	1	1	---
Ideação suicida	7	3	3	1	---	3	1	---
Insónia	25	16	7	2	4	2	2	---
Medo	19	7	6	1	3	4	1	---
Memória	25	22	7	3	4	2	3	2
Nervosismo	19	17	9	4	3	4	3	---
Orientação	8	17	1	2	4	1	1	1
Pensamento	17	19	4	3	4	2	1	2
Percepção	9	17	6	2	4	2	1	1
Pesadelo	14	12	4	2	4	4	---	---
Satisfação conjugal	5	3	1	---	1	1	---	---
Socialização	4	9	2	1	3	1	---	---
Solidão	19	16	5	2	4	2	1	---
Stress	17	4	2	1	2	2	1	---
Tentativa suicídio	4	---	---	1	---	1	---	1
Tristeza	23	13	2	3	2	3	2	---
Vontade de viver	11	5	3	1	1	3	---	---

Análise da relação entre os focos de enfermagem e as variáveis sócio-demográficas, clínicas e de funcionalidade

Relativamente à associação entre os focos de enfermagem e os diagnósticos psiquiátricos, tendo em conta que os diagnósticos de depressão e demência eram os mais comuns, representando em conjunto 65,3% da amostra, procurou-se analisar a existência de eventuais associações entre estes. Procedeu-se ainda a uma análise de

associações e de correlações entre os focos de enfermagem e alguns factores sócio-demográficos (idade e género), clínicos e de funcionalidade.

Os resultados revelaram existir uma associação positiva significativa entre o diagnóstico de demência e a idade ($r_{pb} = .35$, $p = .002$), sugerindo que mais idade estava associada ao diagnóstico de demência, não se verificando o mesmo em relação à depressão.

No que diz respeito ao género, o teste de Qui-quadrado efectuado para o diagnóstico de demência não permitiu concluir de forma significativa que existisse diferença entre homens e mulheres ($\chi^2(1) = 3.23$, $p = .072$). Relativamente ao diagnóstico de depressão, verificou-se uma diferença significativa entre géneros ($\chi^2(1) = 5.22$, $p = .022$), concluindo-se que os homens (15,0%) estão menos sujeitos a depressão do que as mulheres (43,6%).

No que diz respeito à relação dos focos de enfermagem com as variáveis clínicas e sócio-demográficas (Tabela 3), foram encontradas correlações positivas entre a idade e os focos aprendizagem, atenção, cognição, confusão, força de vontade, orientação e pensamento. Por outro lado, foram encontradas correlações negativas entre esta variável e os focos ansiedade, coping, desespero, desolação, ideação suicida, stress, tristeza e vontade de viver. No que diz respeito ao género, verificou-se apenas uma associação positiva entre o foco stress e esta variável ($\chi^2(1) = 4.01$, $p = .045$), concluindo-se que as mulheres (45,5%) apresentavam mais alterações neste foco do que os homens (20%).

Relativamente à relação dos focos de enfermagem com os diagnósticos psiquiátricos (depressão e demência), considerando as associações encontradas, procurou-se verificar a importância das variáveis idade e género nesta relação, isto é, pretendeu-se saber se a relação observada estava a ser influenciada por estas variáveis socio-demográficas. Os dados obtidos, depois de controlados para a idade e o género, permitiram verificar que apenas os focos alucinação ($p = .011$), confusão ($p < .001$), orientação ($p < .035$), aprendizagem ($p = .001$), comportamento agressivo ($p < .001$) e percepção ($p = .044$) surgiam correlacionados positivamente com a demência. Do mesmo modo, em relação à depressão, apenas se verificaram correlações positivas com os focos tristeza ($p = .003$), depressão ($p = .016$), desolação ($p = .002$) e stress ($p = .005$). Por outro lado, os focos aprendizagem ($p = .046$), comportamento agressivo ($p = .035$), confusão ($p = .017$) e percepção ($p = .004$), apareciam correlacionados negativamente com o diagnóstico médico de depressão. Relativamente aos restantes focos de enfermagem não se verificou a existência de correlação com estes diagnósticos médicos.

Tabela 3 – Frequências, associações e correlações entre os focos de enfermagem e os diagnósticos demência e depressão, idade e género (N=75)

Focos de enfermagem	Demência		Depressão		Idade		Género (n=20) / (n=55)		
	%	p	%	p	(<i>r_{pb}</i>)	P	M (%)	F (%)	p
Alucinação	27.3	.009	3.7	.097	.12	.304	10.0	12.7	.748
Ansiedade	77.3	.306	96.3	.029	-.31	.006	75.0	87.3	.200
Aprendizagem	50.1	.001	11.1	.022	.41	.001	35.0	23.6	.325
Atenção	90.9	.037	63.0	.080	.30	.008	70.0	76.3	.575
Cognição	86.4	.028	63.0	.483	.32	.005	70.0	67.3	.823
Comp. Agressivo	27.3	.001	0.0	.037	-.00	.993	10.0	9.1	.905
Confusão	59.1	.001	7.4	.007	.39	.001	35.0	21.8	.246
Coping	18.2	.284	27.6	.663	-.25	.028	20.0	29.1	.431
Crença errónea	18.2	.090	0.0	.037	.08	.518	15.0	7.3	.309
Delírio	18.2	.090	0.0	.037	.08	.518	15.0	7.3	.309
Depressão	50.0	.941	70.4	.010	-.19	.111	45.0	52.7	.554
Desespero	40.9	.568	40.7	.521	-.23	.047	30.0	38.2	.514
Desolação	13.6	.375	40.7	.001	-.26	.026	10.0	23.6	.192
Força de vontade	22.7	.849	29.6	.188	.31	.007	30.0	18.2	.269
Ideação suicida	13.6	.176	25.9	.770	-.26	.027	35.0	20.0	.179
Insónia	72.7	.539	92.6	.018	-.19	.106	65.0	81.8	.124
Medo	31.8	.010	70.4	.040	-.23	.050	40.0	60.0	.124
Orientação	77.3	.001	29.6	.027	.54	.001	60.0	41.8	.163
Pensamento	86.4	.039	63.0	.370	.30	.008	70.7	69.1	.940
Percepção	77.3	.017	33.3	.003	.16	.170	60.0	54.5	.674
Stress	18.2	.019	63.0	.001	-.28	.015	20.0	45.5	.045
Tristeza	59.1	.568	85.2	.004	-.26	.026	65.0	63.6	.913
Vontade de viver	22.7	.267	40.7	.224	-.25	.031	35.0	30.9	.737

Relativamente à associação entre os focos de enfermagem e alguns factores clínicos e de funcionalidade, efectuaram-se análises de correlação para os focos mais comuns, tendo por base as pontuações globais obtidas nas escalas usadas no protocolo de avaliação. Os resultados revelaram existirem correlações (positivas e negativas) entre vários focos de enfermagem e os resultados de alguns destes instrumentos (Tabela 4). Verificou-se que os focos do domínio cognitivo apareciam associados a pontuações mais baixas nos testes cognitivos (MMSE/CDT) e a menor funcionalidade (BI/LI) dos sujeitos. Estes dados sugeriam que as pessoas com mais dificuldades cognitivas apresentariam maiores necessidades de enfermagem em alguns destes domínios, o que, por sua vez, também coloca dificuldades na satisfação das suas necessidades básicas e sobretudo, das instrumentais. Por outro lado, os focos relacionados com o humor e a ansiedade apareciam associados a pontuações mais elevadas nas respectivas escalas (GDS/ZAS), o que permitiu concluir que a presença de níveis elevados de ansiedade e depressão, nos sujeitos, determinariam maiores necessidades de enfermagem, em diferentes focos destes domínios psicológicos. Por sua vez, os problemas ao nível dos focos do domínio do humor e da ansiedade não comprometiam tanto a funcionalidade e a realização das actividades de vida diária/AVD's.

Tabela 4 – Correlações entre os focos de enfermagem e as pontuações globais dos instrumentos de avaliação clínica (N=75)

Focos de enfermagem	MMSE		CDT		GDS		ZAS		IB		IL	
	(<i>r_{pb}</i>)	<i>p</i>	(<i>r_{pb}</i>)	<i>p</i>	(<i>r_{pb}</i>)	<i>p</i>	(<i>r_{pb}</i>)	<i>p</i>	(<i>r_{pb}</i>)	<i>p</i>	(<i>r_{pb}</i>)	<i>p</i>
Ansiedade	.16	.183	-.02	.876	.42	.000	.66	.000	-.08	.510	-.04	.726
Aprendizagem	-.80	.000	-.57	.000	.14	.234	-.03	.810	-.57	.000	-.70	.000
Atenção	-.57	.000	-.71	.000	.13	.256	.02	.840	-.35	.002	-.51	.000
Cansaço	-.03	.786	-.16	.178	.44	.000	.43	.000	-.08	.475	-.14	.226
Cognição	-.53	.000	-.65	.000	.26	.027	.20	.088	-.33	.004	-.45	.000
Concentração	-.47	.000	-.70	.000	.23	.045	.17	.141	-.31	.007	-.47	.000
Depressão	-.03	.786	-.19	.105	.81	.000	.46	.000	-.14	.217	-.14	.234
Insónia	.20	.081	-.03	.813	.12	.325	.36	.001	.05	.664	.08	.497
Medo	.24	.041	.11	.355	.29	.011	.42	.000	.09	.428	.07	.548
Memória	-.30	.009	-.32	.005	.11	.364	.10	.392	-.21	.077	-.28	.014
Orientação	-.73	.000	-.59	.000	.10	.380	-.14	.225	-.45	.000	-.56	.000
Pensamento	-.51	.000	-.68	.000	.23	.047	.17	.153	-.32	.006	-.48	.000
Percepção	-.41	.000	-.63	.000	.18	.125	.19	.115	-.22	.050	-.44	.000
Pesadelo	-.05	.664	-.16	.175	.21	.070	.37	.001	-.06	.627	-.07	.540
Solidão	-.27	.019	-.37	.001	.64	.000	.41	.000	-.21	.070	-.34	.003
Tristeza	-.05	.643	-.02	.854	.69	.000	.43	.000	-.02	.848	.04	.719

Discussão

Os resultados apresentados colocam a depressão e a demência como os diagnósticos médicos mais frequentes, o que está em conformidade com os dados de outros autores (Apóstolo et al., 2011; Benedetti et al., 2008; Canabrava et al., 2012; Passos et al., 2010, 2012). Estes dados estão também em linha com os resultados dos instrumentos aplicados, uma vez que a maioria dos participantes apresentava défice cognitivo no MMSE e no CDT e depressão na GDS.

Associado a estes diagnósticos médicos encontrou-se um vasto conjunto de alterações psicológicas, cognitivas e comportamentais, que constituem focos de atenção relevantes para a prática de enfermagem. Grande parte destes focos de enfermagem relacionados com a saúde mental, na sua maioria do domínio cognitivo e das emoções, parecem ser comuns nas pessoas mais velhas, tendo em conta os resultados apresentados neste estudo e noutras pesquisas, já realizadas (Passos et al., 2010, 2012), bem como os dados de outros autores (Sequeira, 2010).

Por outro lado, verificou-se que os focos de enfermagem do domínio cognitivo apareciam correlacionados com mais idade das pessoas, contribuindo para a existência de vários diagnósticos de enfermagem como é o caso da atenção diminuída, cognição comprometida, confusão actual, força de vontade diminuída, orientação comprometida e pensamento anormal, o que também têm sido referido por outros autores (Ferreira, Tavares, & Rodrigues, 2011; Santos, et al., 2008; Teixeira & Fernandes, 2003). Verificou-

se também que os sujeitos com menos idade apresentavam mais alterações ao nível dos focos relacionados com o domínio psicológico (ansiedade e humor), originando a presença de diagnósticos como ansiedade actual, coping comprometido, desespero actual, desolação actual, stress elevado, ideação suicida presente, tristeza presente e vontade de viver diminuída. Outros autores têm também identificado a presença de alterações em alguns destes domínios nas pessoas mais velhas, contudo não fazem distinção relativamente à idade (Santos et al., 2008; Teixeira & Fernandes, 2003). A presença de muitos destes focos, sobretudo os do domínio cognitivo, cria várias dificuldades aos idosos e compromete a realização dos seus objectivos de vida. Esta condição, apesar de exigir uma atenção particular, não tem tido a melhor resposta no contexto dos cuidados de enfermagem, verificando-se que as prioridades têm sido mais orientadas no sentido da satisfação das necessidades básicas em detrimento da estimulação cognitiva e da promoção da autonomia destas pessoas. Do mesmo modo, em contextos de psiquiatria e saúde mental, o sofrimento psicológico e outras alterações emocionais, não estão a obter a melhor resposta da parte dos enfermeiros, dado a diminuição de recursos que se tem verificado e a excessiva focalização nos aspectos anteriormente referidos.

Por outro lado, verificou-se que os focos do domínio cognitivo e comportamental, aparecem mais associados ao diagnóstico de demência, enquanto que os do domínio psicológico, relacionados com as emoções, aparecem mais associados ao diagnóstico médico de depressão, dados que surgem em conformidade com estudos anteriores (Passos et al., 2010, 2012). Outros autores têm também referido o predomínio dos problemas cognitivos e comportamentais associados à demência (Sequeira 2010; Small, 2002), do mesmo modo que alguns estudos relacionam as alterações ao nível das emoções com o diagnóstico de depressão (Unutzer, 2007). Também se verificou que, depois de controlados os factores sociodemográficos, apenas se mantinham correlações positivas entre os focos alucinação, aprendizagem, comportamento agressivo, confusão, orientação e percepção e o diagnóstico médico de demência. Por outro lado, apareciam correlacionados positivamente com o diagnóstico médico de depressão, apenas os focos depressão, desolação, stress e tristeza. Tendo em conta estas correlações, os resultados permitem concluir que estes focos podem ser importantes determinantes destes diagnósticos médicos.

Os resultados apontaram também para a existência de correlações significativas entre os focos de enfermagem do domínio cognitivo e as pontuações obtidas nos testes cognitivos, bem como em relação aos índices de funcionalidade, verificando-se que estas alterações tinham um grande impacto nas Actividades de Vida Diária/AVD's, o que está em linha com a perspectiva de outros autores (Araújo et al., 2007, 2008; Ferreira et al.,

2011). No entanto, estas dificuldades predominavam ao nível das actividades instrumentais, como tem sido também verificado noutros estudos (Apóstolo et al., 2011; Sequeira, 2010).

Por outro lado, os focos do domínio psicológico (humor e ansiedade), que apresentavam frequências mais elevadas, apareciam correlacionados com pontuações mais altas nas escalas de depressão e ansiedade (GDS/ZAS), sugerindo que as pessoas com níveis mais elevados de ansiedade e depressão apresentavam mais problemas ao nível das emoções, o que está em linha com os dados da literatura (Ribeiro et al., 2011; Unutzer, 2007). No entanto, as alterações em alguns focos do domínio cognitivo, como é o caso da cognição, concentração e pensamento, apareciam também correlacionadas com níveis mais elevados de depressão, que é corroborado por estudos prévios (Apóstolo et al., 2011; Gonçalves & Martín, 2007). Estes dados sugerem a existência de comorbilidades em termos de sintomatologia cognitiva e emocional que provoca sofrimento e grande disfuncionalidade nestas pessoas. Esta evidência realça a importância de uma boa avaliação, de modo a identificar com rigor a natureza dos problemas, as suas causas e as necessidades a eles associadas.

Neste sentido, torna-se importante desenvolver estratégias e métodos de avaliação eficazes, que permitam identificar com rigor os verdadeiros problemas e necessidades das pessoas mais velhas e os seus determinantes. O estudo pormenorizado destes eventos é fundamental para a valorização dos factores associados a estas necessidades e para o planeamento de uma resposta assistencial em conformidade com a natureza clínica e social dos fenómenos que caracterizam o envelhecimento e as problemáticas destas pessoas.

Os dados obtidos parecem-nos sensíveis à natureza clínica dos diagnósticos médicos mais comuns (depressão e demência). Apesar dos utentes estarem a beneficiar de tratamento/intervenção, quer médico quer de enfermagem, verificou-se a presença de um vasto conjunto de sinais e sintomas, identificados através dos instrumentos utilizados, que muitas vezes dominam o quadro clínico, e cujo reconhecimento constitui um desafio e um alvo prioritário de atenção da prática de enfermagem.

Apesar do rigor utilizado na metodologia e na análise dos dados obtidos através do presente estudo, persistem algumas limitações, uma vez que houve dificuldade em identificar a presença ou ausência de alguns focos de enfermagem, devido à escassa informação na descrição do respectivo conceito, bem como à semelhança entre o seu conteúdo. Isto deve-se ao facto de a CIPE, em alguns focos, apresentar conceitos com características sobreponíveis, o que dificulta a valorização da informação colhida, concretamente a identificação rigorosa do foco em causa e das respectivas alterações.

Conclusão

O presente estudo permitindo identificar e hierarquizar a prevalência dos focos de enfermagem de saúde mental em pessoas mais velhas, bem como a conhecer a sua relação com algumas variáveis sócio-demográficas, clínicas e de funcionalidade, contribuiu para uma melhor percepção dos problemas que afectam esta população. Deste modo, possibilitou retirar implicações na realização das actividades de vida diária, bem como no bem-estar físico e psicológico destes idosos.

A demência, e a depressão constituem importantes determinantes de focos e diagnósticos de enfermagem relacionados com a saúde mental das pessoas mais velhas, evidenciando a importância de uma avaliação rigorosa das diferentes dimensões e eventos que caracterizam o envelhecimento humano e o processo de adaptação destas pessoas às alterações físicas e psicológicas e aos contextos de vida.

Este trabalho permitiu assim perspectivar os próximos passos, concretamente no que diz respeito à elaboração de um Catálogo CIPE dirigido às necessidades do idoso em saúde mental e psiquiatria e ao desenvolvimento de um questionário de avaliação clínica de enfermagem, neste âmbito.

Referências bibliográficas

- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Marta, L. M. G., & Amaral, T. I. O. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III (5), 193-201.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, (2), 59-66.
- Araújo F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., Pinto, C. & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In actas do 7 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, pp. 655-659, Universidade do Porto.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de Depressão Geriátrica: Tradução Portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al.* Grupo Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências. Lisboa, Portugal.
- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L., & Gonçalves, L. H. T. (2008). Actividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista Saúde Pública*, 42 (2), 302-7.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., & Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurologia*, 28 (7), 648–655.
- Canabrava, D. S., Brusamarello, T., Capistrano, F. C., Mazza, V. A., Mercês, N. N. A., & Maftum, M. A. (2012). Diagnóstico e intervenções à pessoa com transtorno mental com base na consulta de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 17 (4), 661-8.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*, Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Coombs, T., Curtis, J., & Crookes, P. (2011). What is a comprehensive mental health nursing assessment? A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 364-370.

Fernandes, L. (2004). *Factores Biopsicológicos e Dinâmica Familiar na Doença Asmática* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Portugal.

Ferreira, P. C. S., Tavares, D. M. S., & Rodrigues, R. A. P. (2011). Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbididades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm*, 24 (1), 29-35.

Frauenfelder, F., Muller-Staub, M., Needham, I., & Van Achterberg, T. (2011). Nursing phenomena in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18 (3), 221-235.

Gonçalves, D. C., & Martín, I. (2007). Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência. *Psicol. Argum.*, 25 (51), 371-384.

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins I. P. (2009). New normative values of Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9 (2), 10-16.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Passos, J., Sequeira, C., Fernandes, L. (2010). Implicações da saúde mental no envelhecimento activo: uma perspectiva de enfermagem. In Sequeira, C. (coord.), Sá, L. (coord.). *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental*. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Passos, J., Sequeira, C., Fernandes, L. (2012). Prevalência dos focos de enfermagem de saúde mental em pessoas mais velhas: resultados da pesquisa documental realizada num serviço de psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 7-12.

Ribeiro, Ó., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15 (6), 742-748.

Santos, A. S. R., Souza, P. A., Valle, A. M. D., Cavalcanti, A. C. D., Sá, S. P. C., & Santana, R. F. (2008). Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Texto Contexto Enferm*, 17 (1), 141-9

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.

Serra, A. V., Ponciano, E., Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população portuguesa – II. – Sua avaliação como instrumento de medida. *Psiquiatria Clínica*, 3 (4), 203-213.

Small, G. W. (2002). What we need to know about age related memory loss. *British Medical Journal*, 321, 1502-1505.

Teixeira, M. B., & Fernandes, R. A. Q. (2003). Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental. *Rev Bras Enferm*, 56 (6), 619-623

Unutzer, J. (2007). Clinical practice. Late-life depression. *New England Journal of Medicine*, 357, 2269-2276

World Health Organization (1978). ICD-9 International Classification of Diseases. WHO, Geneva.

3.3. Desenvolvimento de um catálogo CIPE: necessidades do idoso em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2013; 10: 15-23.

FONTES DE INDEXAÇÃO | INDEXING SOURCES

SciELO Portuga, Latindex, Conselho Ibero-americano de Editores de Revistas de Enfermagem (CIBERE), CINAHL Complete (via EBSCO Host), EBSCO Discovery Service, REV@Enf – Biblioteca Virtual em Saúde-Enfermagem, SciELO Citation Index – Thomson Reuters

3 DESENVOLVIMENTO DE UM CATÁLOGO CIPE: NECESSIDADES DO IDOSO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

| Joaquim Passos¹; Carlos Sequeira²; Lia Fernandes³ |

RESUMO

Contexto: a elevada prevalência da doença mental nas pessoas mais velhas tem-se associado a um conjunto de manifestações clínicas, que constituem focos relevantes para a prática de enfermagem. Esta condição determina problemas e necessidades específicas, que requerem uma resposta contextualizada com as características da população e as prioridades de saúde. O presente artigo apresenta os resultados da primeira fase do desenvolvimento de um catálogo CIPE, dirigido às necessidades do idoso, em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Objectivos: identificar e seleccionar os focos de enfermagem relacionados com a saúde mental, mais comuns nas pessoas mais velhas, de modo a criar uma base de informação para a elaboração de um catálogo CIPE. Metodologia: partindo dos resultados de trabalhos prévios, foi realizado um estudo Delphi com recurso a um painel de enfermeiros, pertencentes a uma associação científica de enfermagem de saúde mental. Resultados: os focos de enfermagem que obtiveram consenso foram: cognição (100%); memória e orientação (98%); solidão e concentração (96%); depressão, ansiedade, atenção e pensamento (94%); insónia, tristeza e autocontrolo (90%); confusão e desamparo (88%); cansaço (86%); falta de esperança (84%); auto-estima (82%); desolação, percepção, comunicação e vontade de viver (80%); coping (78%); força de vontade e stress (70%). Conclusões: o estudo permitiu seleccionar um conjunto de focos relacionados com a saúde mental relevantes para a prática de enfermagem, constituindo um importante contributo para o desenvolvimento de um catálogo CIPE, destinado a apoiar a prática clínica, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem às pessoas mais velhas, em diferentes contextos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Diagnóstico de Enfermagem; Idoso

RESUMEN

Contexto: la alta prevalencia de la enfermedad mental en las personas mayores conduce a un conjunto de manifestaciones clínicas, que son focos importantes para la práctica de enfermería. Esta condición determina problemas y necesidades específicas que requieren una respuesta contextualizada con las características de la población y las prioridades de salud. Este artículo presenta los resultados de la primera fase del desarrollo de un catálogo CIPE dirigido a las necesidades de las personas mayores en la enfermería de salud mental y psiquiatría. Objetivos: identificar y seleccionar los focos de atención de enfermería relacionados con la salud mental más comunes en las personas mayores, con el fin de crear una base de información para la elaboración de un catálogo CIPE. Metodología: basado en los resultados de trabajos previos, se realizó un estudio Delphi con un panel de enfermeros,

perteneciente a una sociedad científica de enfermería de salud mental. Resultados: los focos de enfermería que han obtenido el consenso fueron: cognición (100%); memoria y orientación (98%); soledad y concentración (96%); depresión, ansiedad, atención y pensamiento (94%); insomnio, tristeza y autocontrol bajo (90%); confusión y impotencia (88%); fatiga (86%); desesperanza (84%); autoestima (82%); desolación, percepción, comunicación y voluntad para vivir (80%); afrontamiento (78 %); poder de la voluntad y estrés (70%). Conclusiones: el estudio permitió seleccionar un conjunto de focos relevantes para la práctica de enfermería relacionados con la salud mental, traduciendo una importante contribución al desarrollo de un catálogo CIPE, para apoyar la práctica clínica en los cuidados de enfermería a las personas mayores, en diferentes contextos.

DESCRIPTORES: Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica; Diagnóstico de Enfermería; Anciano

ABSTRACT

Background: the high prevalence of mental illness in older people is associated with a set of clinical manifestations, which are relevant focus to consider the nursing practice. This condition determines specific problems and needs that require a response tailored to the characteristics of the population and their health priorities. This article presents the results of the first phase of the development of a CIPE catalog, focusing on the needs of the elderly in psychiatric and mental health nursing. Objectives: to identify and select the mental health nursing focus most common in older people with mental illness, in order to create an information base for the development of a CIPE catalog. Methodology: based on the results of previous work, we conducted a Delphi study using a panel of nurses, belonging to a mental health nursing scientific society. Results: the nursing focus where consensus was reached were: cognition (100%); memory and orientation (98%); loneliness and concentration (96%); depression, anxiety, attention and thinking (94%); insomnia, sadness and self control (90%); confusion and helplessness (88%); fatigue (86%); hopelessness (84%); self esteem (82%); desolation, perception, communication and will to live (80%); coping (78 %); will power and stress (70%). Conclusions: the study allowed the selection of a relevant set of focuses for nursing practice related to mental health, composing an important contribution to the development of a CIPE catalog, aiming to support the clinical practice in the provision of nursing care to older people in different contexts.

KEYWORDS: Mental Health; Psychiatric Nursing; Nursing Diagnosis; Aged

1 Doutorando em Gerontologia pelo ICBAS-UP/UA; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Professor Assistente Convidado do Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde, Rua D. Moisés Alves de Pinho, 4900-314 Viana do Castelo, Portugal, joaquimpassos@hotmail.com

2 Doutor em Ciências de Enfermagem; Mestre em Saúde Pública; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072 Porto, Portugal, carlossequeira@esenf.pt

3 Doutora em Medicina; Mestre em Psiquiatria; Professora Associada na Universidade do Porto – Faculdade de Medicina e Médica Psiquiatra no Centro Hospitalar de São João do Porto – Serviço de Psiquiatria, 4200-319 Porto, Portugal, lfernandes@med.up.pt

Submetido em 20-09-2013 – Aceite em 10-11-2013

Citação: Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, L. (2013). Desenvolvimento de um catálogo CIPE: Necessidades do idoso em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (10), 15-23.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial leva inevitavelmente a um aumento da prevalência de doença mental, tornando esta numa das causas mais importantes de morbilidade. Neste contexto, os problemas relacionados com a saúde mental das pessoas mais velhas apresentam-se como um conjunto de manifestações clínicas, que podem constituir focos de atenção relevantes para a prática de enfermagem de saúde mental e psiquiatria (Passos, Sequeira e Fernandes, 2010, 2012; Sequeira, 2006, 2013). No domínio destes focos, podem surgir alguns diagnósticos de enfermagem, que têm por base problemas e necessidades concretas, que afectam, de forma significativa, os objectivos e expectativas dos idosos, bem como a sua qualidade de vida. Apesar dos progressos verificados na enfermagem, nos últimos anos, não se têm documentado, de forma consistente, os procedimentos de avaliação e intervenção (Coombs, Curtis, & Crookes, 2011; Frauenfelder, Muller-Staub, Needham, & Van Achterberg, 2011), que permitam assegurar uma assistência de qualidade às pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. Neste sentido, torna-se importante desenvolver estratégias e procedimentos, que possibilitem a utilização de uma linguagem unificada, uma melhor padronização da documentação de enfermagem e que constituam um suporte de elevado valor clínico para a sustentação da prática, ao nível da prestação de cuidados.

"A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é um sistema unificado de linguagem de Enfermagem que sustenta a padronização da documentação de Enfermagem no momento da prestação de cuidados" (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2010, p. 11). "O Grupo de Aconselhamento Estratégico da CIPE e muitos outros enfermeiros peritos envolvidos na CIPE reconheceram que devem estar disponíveis subconjuntos manobráveis de terminologia para os enfermeiros que trabalham com os doentes ou clientes em especialidades e ambientes seleccionados" (CIE, 2010, p. 11).

"Os catálogos são subconjuntos da CIPE que permitem aos enfermeiros integrar mais facilmente a CIPE na sua prática quando trabalham numa área de especialidade, ou numa área de foco da enfermagem ou com clientes que têm estados de saúde ou processos de doença específicos" (CIE, 2010, p. 11). Neste sentido, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE/ICN) incentiva, nas áreas de cuidados clínicos ou organizações de especialidades a trabalhar com o ICN para desenvolver e testar catálogos para validação a nível mundial, bem como para a sua divulgação em enfermagem a nível global.

Para iniciar a elaboração de catálogos, os enfermeiros devem seleccionar uma ou mais prioridades de saúde e um grupo ou uma população específica. Tendo por base um fenómeno de enfermagem, uma área de especialidade ou contexto de cuidados ou uma condição de saúde específica, o primeiro passo da construção de um catálogo diz respeito à identificação de focos relevantes para a prática de enfermagem relacionados com a prioridade de saúde ou população seleccionada (CIE, 2009, 2011).

Tendo em conta estas orientações e as necessidades verificadas ao nível da prática clínica, bem como o facto de nos registos do ICN não existir nenhum catálogo CIPE, em uso ou em desenvolvimento, dirigido às necessidades das pessoas mais velhas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, torna-se necessário criar respostas que permitam otimizar a assistência a estas pessoas.

Neste trabalho, pretende-se apresentar os resultados de um estudo que teve como objectivo identificar e seleccionar focos de enfermagem relacionados com a saúde mental, relevantes para a prática clínica de enfermagem, no âmbito da assistência às pessoas mais velhas. Pretendeu-se também criar uma base de informação para o desenvolvimento de um Catálogo CIPE dirigido às necessidades do idoso em saúde mental e psiquiatria (CIE, 2009, 2011). O presente estudo insere-se no contexto do Projecto de Investigação "As necessidades das pessoas mais velhas com problemas de saúde mental", integrado no Programa Doutoral em Gerontologia e Geriatria do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto/ Universidade de Aveiro.

METODOLOGIA

Tendo em conta a natureza e os objectivos do estudo, optou-se pela utilização da técnica de Delphi (Dalkey & Helmer, 1963; Ziglio, 1996), através do recurso a um painel de enfermeiros, com formação especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e com experiência profissional em diferentes contextos desta natureza, sobretudo na assistência a idosos. Procurou-se, deste modo, garantir a qualidade dos informantes, enquanto peritos numa determinada área de especialização do conhecimento (Ziglio, 1996). Por razões de ordem prática relacionadas com o tempo disponível para a realização do estudo e com o acesso à população, optou-se pela utilização da base de dados dos membros de uma associação científica de enfermagem de saúde mental.

A técnica de Delphi consiste num conjunto de procedimentos que prevêem o envio sistemático e intercalado de questionários a indivíduos considerados peritos numa determinada área de conhecimento (Ziglio, 1996), pressupondo uma abordagem multifásica em que cada fase é planeada tendo por base os resultados da anterior e assume geralmente a designação de “volta ou ronda” (Sousa, 2006).

De acordo com Skulmoski, Hartman & Khran (2007), a aplicação do Delphi inicia-se considerando três pontos principais: a experiência do investigador, a revisão da literatura e estudos-piloto. Estes três pontos reunidos dão origem à questão ou ao objecto da pesquisa, fornecem elementos para o desenho do estudo e proporcionam um conjunto de dados que poderão ser utilizados na elaboração de questionários. Posteriormente, com o estudo delineado, é o momento de escolher a amostra a ser investigada, seleccionando os indivíduos que irão fazer parte da pesquisa. O número de rondas depende das necessidades da investigação (Skulmoski et al., 2007).

A técnica Delphi tem sido largamente utilizada na investigação em saúde e concretamente em enfermagem, em diferentes domínios (Jones & Hunter, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2004; Witt, 2005). Também Gallardo & Olmos (2008) referem que a técnica de Delphi pode considerar-se como uma importante técnica de investigação para utilizar em contextos de saúde e nas ciências sociais. A partir de uma revisão de literatura, os mesmos autores verificaram que esta técnica é muito flexível e adaptável, e tem sido modificada e ajustada a diferentes contextos de investigação, de acordo com o propósito dos investigadores e o tema da pesquisa, pelo que existem algumas variantes da mesma. Uma destas variantes, Delphi hierárquico, prevê o recurso a peritos para validar, classificar, ordenar ou hierarquizar assuntos, tendo em conta prioridades ou a importância do problema ou soluções (Gallardo & Olmos, 2008). Relativamente ao número de participantes, a maior parte dos autores refere não existir um número ideal, sugerindo que a quantidade de peritos deve ser determinada em função do fenómeno a estudar e do grau de especialização dos mesmos. Neste sentido, Witt (2005) refere que, pelo facto de se tratar de uma técnica de confiabilidade em função do grau de especialização dos informantes, não existe número concreto de elementos, sugerindo também que a composição do grupo varia de acordo com o objecto do estudo e os critérios definidos pelo investigador para a sua selecção. Também no que diz respeito ao número de etapas ou rondas, as opiniões

diferem entre vários autores, sendo comumente aceite que, de um modo geral, três rondas serão suficientes para obter resultados (Sousa, 2006). No entanto, a maior parte dos autores relaciona o número de questionários ou rondas com a natureza do problema a ser investigado e com os recursos materiais e humanos existentes, bem como com os objectivos dos investigadores.

Jones & Hunter (2005) consideram a técnica de Delphi como um método de consenso, o qual tenta avaliar a extensão da concordância (medida de consenso), ou seja o grau de concordância dos especialistas em relação a cada tópico ou afirmação, através da utilização de uma escala numérica ou categórica, sendo a escala tipo Likert uma das mais utilizadas. Relativamente à medição dos resultados, é geralmente utilizada a distribuição de frequências e as medidas de dispersão e de tendência central, sendo as mais referidas na literatura a mediana e o intervalo interquartil, bem como a média, a moda, frequências e classificações (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005). Ainda, no que diz respeito ao consenso, a maior parte dos estudos revelam uma grande variedade de opções, sendo geralmente definidos níveis de consenso a partir de concordância igual ou superior a dois terços das respostas. Contudo, esta opção, deve ser reservada aos investigadores que em função dos objectivos do estudo definam previamente os critérios e níveis de consenso relativos a cada ronda (Faro, 1997).

PARTICIPANTES

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros que integram a base de dados de uma sociedade científica de enfermagem de saúde mental. Para constituir o painel de informantes, foram definidos critérios de inclusão que, de alguma maneira, justificassem a condição de “perito” no assunto em análise (Jones & Hunter, 2005). Nesta conformidade, estabeleceu-se como critério de inclusão a reunião cumulativa das seguintes condições: a) ser detentor do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; b) possuir tempo de exercício profissional em Saúde Mental e Psiquiatria igual ou superior a 3 anos; c) ter experiência profissional com idosos. Tendo por base o critério estabelecido, a partir dos enfermeiros que responderam ao primeiro questionário e aceitaram participar no estudo, foi constituído um painel Delphi composto por 50 informantes.

PROCEDIMENTO

Fase Preparatória

Inicialmente, com o objectivo de identificar focos de enfermagem relacionados com a saúde mental ou problemas inerentes que pudessem constituir-se como focos relevantes para a prática de enfermagem, no contexto da assistência às pessoas mais velhas, foi efectuada uma pesquisa bibliográfica. Com base nos resultados desta pesquisa, identificaram-se alguns tópicos relacionados com o interesse da investigação, a partir dos quais se definiram palavras-chave/descriptores, em português e inglês, que foram utilizados para aprofundar a pesquisa em repositórios e bases de dados: EBSCO, MEDLINE, PsycINFO e SciELO. Os principais descritores/palavras-chave usados foram: saúde mental, envelhecimento activo, enfermagem psiquiátrica, diagnóstico de enfermagem e idoso. Foram seleccionados artigos publicados no período de 2000 a 2011, que estavam em linha com o propósito do estudo.

Seguidamente, realizou-se uma pesquisa documental (Passos et al., 2012), tendo por base a análise dos registos de 71 idosos (≥ 65 anos), que estiveram internados no serviço de psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de uma Unidade de Saúde do Norte (USN) de Portugal, no período de 12 meses, com o objectivo de identificar os focos de enfermagem relacionados com a saúde mental mais utilizados no atendimento às pessoas mais velhas em contexto de internamento psiquiátrico. Foram consultados os dados do sistema de Apoio à Prática de Enfermagem/SAPE, para obter informação sobre os focos de enfermagem, e do Sistema de Apoio ao Médico/SAM, para recolha de outros dados clínicos de interesse para o estudo. Por último, foi realizado um estudo piloto com o objectivo de identificar focos relevantes para a prática de enfermagem relacionados com a saúde mental em pessoas idosas em regime de ambulatório e de internamento psiquiátrico. O estudo envolveu uma amostra de 75 idosos (≥ 65 anos), de ambos os sexos, com doença mental diagnosticada pela Classificação Internacional de Doenças/CID-9 e recrutados consecutivamente no serviço de internamento e na consulta externa do DPSM de uma USN de Portugal. Para identificação dos focos de enfermagem, foi utilizado um protocolo extenso de avaliação do idoso com instrumentos de rastreio clínico dirigidos a vários domínios do estado mental, tendo por base as principais características de saúde mental e áreas de necessidades dos idosos.

Aplicação da Técnica de Delphi

Partindo dos resultados destes estudos prévios, identificou-se um vasto conjunto de focos de enfermagem relacionados com a saúde mental, que serviu de base ao desenho da pesquisa. Para analisar estes resultados e para colaborar nos procedimentos relativos ao desenvolvimento do estudo Delphi, foi criado um grupo de cinco peritos que, numa primeira fase, em colaboração com os investigadores, definiram os critérios de inclusão/exclusão para selecção dos focos de enfermagem, a integrar no Questionário I. Estes critérios foram definidos com base na frequência obtida por cada foco nos estudos empíricos e na relevância a eles atribuída pela literatura. Foram considerados apenas os focos de enfermagem relacionados com a saúde mental e classificados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/CIFE, versão 2 (CIE, 2011). Tendo por base os critérios pré-estabelecidos, foram seleccionados os focos, a incluir no questionário relativo à 1.ª ronda do estudo Delphi, juntamente com um breve formulário para a caracterização sócio-demográfica dos participantes. Após a construção do questionário, efectuou-se um pré-teste com um grupo de enfermeiros, a exercer actividade na área da saúde mental e psiquiatria, para verificar a sua aplicabilidade e se as instruções e os itens eram claros e de fácil compreensão.

Para a operacionalização do estudo, foi utilizada a modalidade de questionário electrónico (on-line), enviado por correio electrónico aos participantes, no período de Janeiro a Março de 2012. Na 1.ª ronda, foram apresentados, ao painel de enfermeiros, vários focos de enfermagem que, de acordo com os resultados dos estudos prévios, parecem ser comuns nas pessoas mais velhas com problemas de saúde mental, e foi pedido a cada participante que expressasse o seu grau de concordância/discordância relativamente a cada foco de enfermagem apresentado, de acordo com uma escala tipo Likert de cinco pontos. A cada ponto correspondia um valor que ia desde 0 (discordo totalmente) até 4 (concordo totalmente). Foi ainda proposto aos enfermeiros que sugerissem outros focos que, na sua opinião, pudessem caracterizar as pessoas mais velhas, com problemas de saúde mental. Além desta possibilidade, foi também sugerido aos participantes que propusessem a reformulação dos itens ou das afirmações apresentadas, de modo a melhorar a sua compreensão. Acrescentou-se ainda um campo no questionário destinado à colocação de dúvidas ou comentários. Uma vez que o estudo poderia requerer a existência de várias rondas, foram definidas estratégias para garantir a participação, em cada ronda sucessiva, aos respondentes da ronda anterior.

Seguidamente, definiram-se também os critérios e níveis de consenso para classificar os resultados da primeira ronda do estudo Delphi: os critérios de consenso foram estabelecidos com base no nível de concordância positiva das respostas dos participantes (Quadro 1); o nível de consenso foi obtido tendo por base a concordância positiva, o desvio padrão e a amplitude inter-quartil, tendo sido estabelecidos três níveis de consenso (Quadro 2).

QUADRO 1 - Critérios de Consenso

Consenso	Definição
Consenso	Concordância positiva igual ou superior a 70%. A concordância positiva é definida pela soma da percentagem das respostas: Concordo e Concordo Totalmente.
Sem consenso	Todas as outras respostas

QUADRO 2 - Níveis de Consenso

Consenso	Definição
Consenso Perfeito	Todos os participantes concordam plenamente com o item
Consenso Elevado	Concordância positiva $\geq 90\%$ Desvio-padrão ≤ 1 Amplitude Inter-quartil ≤ 1
Consenso Moderado	Concordância positiva $\geq 70\%$ Desvio-padrão ≤ 1 Amplitude Inter-quartil ≤ 1

Uma vez que se pretendia apenas seleccionar e hierarquizar os focos de enfermagem com a colaboração do painel de enfermeiros, foram excluídas todas as afirmações que não respeitavam os critérios e níveis de consenso pré-estabelecidos pelos investigadores e pelo grupo de cinco peritos. Foi ainda estabelecido que cada novo foco de enfermagem proposto pelos participantes só seria sujeito a uma segunda ronda, se estivesse relacionado com os objectivos do estudo e caso fosse sugerido por, pelo menos, 10% dos enfermeiros.

Os dados obtidos, a partir do questionário, foram organizados e classificados, tendo o seu tratamento estatístico sido realizado, usando o IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 19.0.

No desenvolvimento do presente trabalho, foram cumpridos todos os procedimentos éticos e obteve-se a autorização da Direcção da Sociedade Científica de Enfermeiros para a realização do estudo. Os participantes foram convidados a responder ao questionário e deram a sua anuência através da participação voluntária no estudo, tendo sido acauteladas as medidas necessárias para salvaguardar o seu anonimato e a confidencialidade da informação.

RESULTADOS

Fase Preparatória

Os estudos prévios realizados permitiram identificar 42 focos de enfermagem relacionados com a área da saúde mental (Tabela 1). Uma grande parte destes focos era comum aos dois estudos empíricos realizados e foi também identificada na revisão da literatura. Estes dados serviram de base à selecção dos focos de enfermagem a incluir no estudo Delphi, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão pré-estabelecidos. Com a aplicação destes critérios foram seleccionados 35 focos de enfermagem que fizeram parte do Questionário I.

TABELA 1 - Focos de Enfermagem identificados nos Estudos Prévios

Abuso de álcool*	Concentração	Medo
Agitação	Confusão	Memória
Alucinação	Coping	Nervosismo
Angústia*	Crença errónea	Orientação
Ansiedade	Delírio	Pensamento
Aprendizagem	Depressão	Percepção
Atenção	Desamparo	Pesadelo
Autocontrolo	Desespero	Satisfação conjugal*
Auto-estima	Desolação	Socialização
Cansaço	Euforia*	Solidão
Cognição	Falta de esperança	Stress
Comportamento	Força de vontade	Tentativa de suicídio
Agressivo*	Ideação suicida*	Tristeza
Comportamento	Insónia	Vontade de viver
Desorganizado*		
Comunicação		

*Focos excluídos após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão

Estudo Delphi

Responderam à 1.ª ronda do estudo 70 enfermeiros (23.6%) e destes foram seleccionados 50, que cumpriam os critérios de inclusão pré-estabelecidos e que constituíram o painel Delphi de informantes. A idade dos participantes situou-se entre os 27 e os 54 anos ($M = 38.9$; $DP = 7.2$), a maior parte era do género feminino (54%), com grau académico de licenciatura (64%), exercia actividade na área hospitalar (68%), tinha entre 3 e 10 anos de desempenho profissional (54%) e pertencia à categoria de especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (32%). A maioria tinha experiência profissional em unidades de internamento de curta duração (36%), possuía entre 3 e 10 anos de experiência com idosos (42%) e trabalhavam na região norte de Portugal (64%) (Tabela 2)

TABELA 2 - Características Sócio-demográficas dos Participantes

Características	n = 50 (%)
Idade (anos):	M = 38.9 (DP = 7.2; Min 27 – Max 54)
Género:	
Masculino	23 (46.0)
Feminino	27 (54.0)
Habilitações académicas:	
Licenciatura	32 (64.0)
Mestrado	16 (32.0)
Doutoramento	2 (4.0)
Área de actuação profissional:	
Prática Clínica Cuidados de Saúde Primários	7 (14.0)
Prática Clínica Hospitalar	34 (68.0)
Docência de Enfermagem	8 (16.0)
Outra	1 (2.0)
Categoria profissional:	
Enfermeiro(a)	11 (22.0)
Enfermeiro(a) Graduado(a)	11 (22.0)
Enfermeiro(a) Especialista em ESMP	16 (32.0)
Enfermeiro(a) Chefe	4 (8.0)
Assistente Convocado	2 (4.0)
Professor Adjunto	4 (8.0)
Professor Coordenador	2 (4.0)
Exercício profissional em SMP:	
3 a 10 anos	27 (54.0)
11 a 20 anos	19 (38.0)
Mais de 20 anos	4 (8.0)
Experiência profissional em SMP:	
Unidades de Ambulatório	8 (16.0)
Unidades de Internamento de Curta Duração	18 (36.0)
Unidades de Internamento de Longa Duração	16 (32.0)
Unidades de Cuidados Continuados de SM	1 (2.0)
Outra	7 (14.0)
Experiência profissional com idosos:	
0 a 2 anos	10 (20.0)
3 a 10 anos	21 (42.0)
11 a 20 anos	17 (34.0)
Mais de 20 anos	2 (4.0)
Área geográfica do local de trabalho:	
Norte	32 (64.0)
Centro	3 (6.0)
Sul	12 (24.0)
Açores	1 (2.0)
Madeira	2 (4.0)

De acordo com as respostas dos informantes, verificou-se um consenso elevado em relação a 12 focos de enfermagem e um consenso moderado em relação a outros 12 focos (Tabela 3). Os focos de enfermagem que obtiveram consenso foram: cognição (100%); memória e orientação (98%); solidão e concentração (96%); depressão, ansiedade, atenção e pensamento (94%); insónia, tristeza e autocontrolo (90%); confusão e desamparo (88%); cansaço (86%); falta de esperança (84%); auto-estima (82%); desolação, percepção, comunicação e vontade de viver (80%); coping (78%); força de vontade e stress (70%). A maior parte destes focos está relacionada com o domínio cognitivo e os restantes sobretudo com o domínio do humor e da ansiedade. Alguns enfermeiros sugeriram outros focos de enfermagem como comuns nas pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. Contudo, não se verificou consenso em relação aos focos enumerados, uma vez que nenhum deles cumpriu os critérios estabelecidos para ser sujeito à apreciação do painel de enfermeiros numa 2.ª ronda (não estavam relacionados com a saúde mental ou não foram sugeridos, pelo menos, por 10% dos enfermeiros).

Os resultados do estudo permitiram seleccionar e hierarquizar 24 focos de enfermagem relacionados com a saúde mental, que servirão de base ao desenvolvimento de um catálogo CIPE dirigido às necessidades dos idosos em contextos de saúde mental e psiquiatria.



TABELA 3 - Análise Descritiva dos Focos de Enfermagem com Consenso

Focos de Enfermagem	Concordância Positiva	Min-Max	Moda	Mediana	Média ± DP	Amplitude Inter-quartil	Nível de Consenso
Cognição	100%	3 – 4	3	3	3.46 (± 0.50)	1	Elevado
Orientação	98%	2 – 4	4	4	3.50 (± 0.54)	1	Elevado
Memória	98%	0 – 4	4	4	3.48 (± 0.71)	1	Elevado
Solidão	96%	2 – 4	4	4	3.50 (± 0.58)	1	Elevado
Concentração	96%	1 – 4	3	3	3.32 (± 0.62)	1	Elevado
Depressão	94%	1 – 4	4	3	3.40 (± 0.67)	1	Elevado
Atenção	94%	1 – 4	3	3	3.32 (± 0.65)	1	Elevado
Ansiedade	94%	1 – 4	3	3	3.32 (± 0.71)	1	Elevado
Pensamento	94%	1 – 4	3	3	3.26 (± 0.75)	1	Elevado
Insónia	90%	1 – 4	3	3	3.22 (± 0.84)	1	Elevado
Tristeza	90%	2 – 4	3	3	3.20 (± 0.61)	1	Elevado
Autocontrolo	90%	1 – 4	3	3	3.12 (± 0.80)	1	Elevado
Confusão	88%	2 – 4	4	4	3.40 (± 0.70)	1	Moderado
Desamparo	88%	1 – 4	3	3	3.24 (± 0.72)	1	Moderado
Cansaço	86%	2 – 4	3	3	3.24 (± 0.69)	1	Moderado
Falta de esperança	84%	1 – 4	3	3	3.12 (± 0.72)	1	Moderado
Auto-estima	82%	1 – 4	3	3	2.98 (± 0.92)	1	Moderado
Desolação	80%	1 – 4	3	3	3.12 (± 0.77)	1	Moderado
Percepção	80%	1 – 4	3	3	3.02 (± 0.77)	1	Moderado
Comunicação	80%	1 – 4	3	3	2.92 (± 0.85)	0	Moderado
Vontade de viver	80%	0 – 4	3	3	2.86 (± 0.88)	0	Moderado
Coping	78%	1 – 4	3	3	2.92 (± 0.88)	0.25	Moderado
Força de vontade	70%	1 – 4	3	3	2.82 (± 0.90)	1	Moderado
Stress	70%	0 – 4	3	3	2.78 (± 0.89)	1	Moderado

DISCUSSÃO

Tendo em conta o propósito do estudo, este trabalho permitiu identificar os focos de enfermagem, relacionados com a saúde mental, mais comuns nas pessoas mais velhas, a partir de vários estudos prévios e da opinião de um painel de enfermeiros com qualificação e experiência profissional na área da saúde mental e psiquiatria, bem como na prestação de cuidados a idosos com problemas desta natureza. A escolha da população pareceu adequada ao objectivo do estudo, dada a qualificação e o grau de especialização dos enfermeiros que constituíram o painel Delphi, o que vai de encontro ao sugerido por muitos autores (Gallardo & Olmos, 2008; Jones & Hunter, 2005; Witt, 2005; Ziglio, 1996).

De um modo geral, a opinião dos enfermeiros foi de encontro às percepções anteriores, uma vez que os focos identificados nos estudos prévios obtiveram a concordância da maior parte dos enfermeiros, sendo que apenas um foco de enfermagem obteve consenso inferior a 50%. Estes resultados estão também em linha com os dados de outros autores (Medeiros, Nóbrega, Rodrigues, e Fernandes, 2013; Sequeira, 2006, 2013) que colocam estes domínios da saúde mental como comuns nas pessoas mais velhas e com probabilidade de

se constituírem como problema de saúde. Apesar de se pretender também identificar outros focos de enfermagem, com a colaboração do painel de enfermeiros, não se verificou nenhum contributo relevante, tendo sido sugeridos, de forma pontual, alguns focos que, na sua maioria, se relacionavam com o autocuidado, actividade e exercício, condições habitacionais e papel do prestador de cuidados. Ainda que clinicamente importantes, a maior parte dos focos sugeridos não se inseriam nos objectivos do estudo, uma vez que se pretendia identificar apenas focos de enfermagem relacionados com a saúde mental. No entanto, foram também sugeridos, de forma isolada, os focos angústia e angústia espiritual, mas que não obtiveram o consenso mínimo pré-estabelecido para serem sujeitos à apreciação dos enfermeiros, numa segunda ronda do estudo. O foco angústia tinha sido identificado no estudo piloto, com uma frequência muito baixa e aparecia também pouco referenciado na literatura, não cumprindo os critérios de inclusão pré-estabelecidos, pelo que não foi incluído no questionário inicial. Tendo em conta que o principal objectivo deste estudo era seleccionar e hierarquizar um conjunto de focos de enfermagem relacionados com a saúde mental das pessoas mais velhas, que servisse de

base à elaboração de um catálogo CIPE e que, de acordo com os critérios de consenso pré-estabelecidos, foi possível efectuar essa selecção a partir do primeiro questionário, o estudo foi concluído numa única ronda. No entanto, considerando que se pretendia também desenvolver um questionário de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, a informação obtida nesta ronda será utilizada como base para a realização deste trabalho.

Este estudo permitiu seleccionar um subconjunto de focos da CIPE relativo a uma área de especialidade e a um grupo de clientes com características comuns e com estados de saúde ou processos de doença específicos, o que vai de encontro ao proposto para a etapa inicial da elaboração de um catálogo CIPE (CIE, 2009, 2010, 2011). Tendo por base os focos de enfermagem seleccionados e as prioridades de saúde definidas, emerge a necessidade de identificar os principais diagnósticos de enfermagem associados a estes focos, de modo a prosseguir as etapas inerentes ao desenvolvimento do catálogo.

CONCLUSÃO

O trabalho desenvolvido, até ao momento, permitiu seleccionar um conjunto de focos relevantes para a prática de enfermagem relacionados com a saúde mental, que apresentam uma maior probabilidade de se constituírem como problema de saúde nas pessoas mais velhas com doença mental.

Esta informação terá relevância para a elaboração de um catálogo CIPE em Saúde Mental, dirigido ao idoso, que poderá constituir um suporte importante para sustentar a prática clínica, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem às pessoas mais velhas com problemas de saúde mental, em diferentes contextos (unidades de psicogeriatrica, lares ou casas de repouso e centros de dia para idosos), bem como para o enquadramento e realização de estudos em áreas como a psicogerontologia e gerontopsiquiatria. Cumulativamente permitiu hierarquizar a prevalência dos focos de enfermagem, o que constitui um aporte importante em termos de clarificação das prioridades de avaliação e intervenção, no contexto do estudo das problemáticas de saúde/doença e da prática clínica, neste âmbito. Tendo em conta os nossos objectivos, este contributo fornece também as bases para o desenvolvimento de um instrumento de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Por outro lado, a selecção das áreas de atenção com maior relevância em enfermagem de saúde mental, no idoso, permitirá ainda optimizar os sistemas de informação, a prática clínica e a

formação dos profissionais, que trabalham nesta área, favorecendo a comunicação entre os enfermeiros e a tomada de decisão baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE, Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE, Versão 2, Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Coombs, T., Curtis, J., & Crookes, P. (2011). What is a comprehensive mental health nursing assessment? A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 364-370.

Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science*, 9(3), 458-467.

Faro, A. C. M. (1997). Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31(2), 259-73.

Frauenfelder, F., Muller-Staub, M., Needham, I., & Van Achterberg, T. (2011). Nursing phenomena in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 221-235.

Gallardo, R. Y. & Olmos, R. C. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciência y Enfermería*, XIV(1), 9-15.

Jones, J. & Hunter, D. (2005). Usando o Delfos e a técnica do grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde. In C. Pope, & N. Mays, *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 51-60.

Medeiros, A. C. T., Nóbrega, M. M. L., Rodrigues, R. A. P., e Fernandes, M. G. M. (2013). Diagnósticos de enfermagem para idosos utilizando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o modelo de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 8 páginas. Acedido em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0523.pdf.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005). A Técnica Delphi de Formação de Consensos. Acedido a 14 de Novembro de 2011, disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/A-Tecnica-Delphi-de-Formacao-de-Consensos.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2004). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Passos, J., Sequeira, C., e Fernandes, L. (2010). Implicações da saúde mental no envelhecimento activo: uma perspectiva de enfermagem. In C. Sequeira, e L. Sá (Coords), Do diagnóstico à intervenção em saúde mental. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Passos, J., Sequeira, C., e Fernandes, L. (2012). Prevalência dos focos de enfermagem de saúde mental em pessoas mais velhas: resultados da pesquisa documental realizada num serviço de psiquiatria. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (7), 7-12.

Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2013), Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. Journal of Clinical Nursing, 22, 491-500. doi: 10.1111/jocn.12108

Skulmoski, G. J., Hartman, F. T., & Krahn, J. (2007) The Delphi method for graduate research. Journal of Information Technology Education, 6(6), 1-21.

Sousa, F. M. V. (2006). Prioridades de investigação em saúde mental em Portugal: as perspectivas de um painel Delphi de psiquiatras e pedopsiquiatras. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 24(1), 103-114.

Witt, R. R. (2005). Competências da Enfermeira na Atenção Básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública. Tese de Doutoramento, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

Ziglio, E. (1996). The Delphi method and its contribution to decision-making. In M. Adler, & E. Ziglio (Eds.), Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health (pp. 3-33). London: Jessica Kingsley Publishers.



3.4. Desenvolvimento de um instrumento de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Aquichan (submetido).

FONTES DE INDEXAÇÃO | INDEXING SOURCES

ISI Web of Science - SCI Expanded, Scopus, SciELO, EMCare - Elsevier, Redalyc, Publindex (A1), Lilacs, EBSCO-Fuente Académica, DOAJ, Dialnet, Cuiden, HINARI, Latindex (catálogo), HELA, PERIÓDICA, Ulrich's, Google Académico, ProQuest - Social Science Journals

Desenvolvimento de um instrumento de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria: resultados preliminares

RESUMO

Objectivos: este estudo teve como propósito validar o conteúdo de um instrumento de avaliação clínica destinado a identificar os diagnósticos de Enfermagem, de acordo com a CIPE, relacionados com a saúde mental das pessoas mais velhas. **Método:** foi realizado um estudo Delphi com recurso a um painel de 50 enfermeiros, pertencentes a uma associação científica de enfermagem de saúde mental. Foram pré-estabelecidos critérios de inclusão/exclusão para selecção dos participantes, critérios e níveis de consenso para validar os resultados das rondas do estudo. Os itens dos questionários foram cotados com base em escalas tipo Likert. **Resultados:** na primeira ronda, obteve-se consenso em relação a doze focos de enfermagem; na segunda ronda, foram seleccionados vários enunciados clínicos relativos a cada foco; e na terceira ronda, foram classificados os enunciados, de acordo com as suas propriedades para identificar diagnósticos de enfermagem, no domínio de cada foco. **Conclusões:** o estudo permitiu construir e validar o conteúdo da versão provisória do instrumento, que se pretende em breve aplicar numa população específica, de modo a concluir o processo de validação. Este questionário terá relevância para a prática clínica, ao permitir optimizar a colheita de dados de forma mais rigorosa e efectiva.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem psiquiátrica, avaliação em enfermagem, avaliação geriátrica, diagnóstico de enfermagem, saúde mental. (Fonte: DeCs, BIREME).

Development of a clinical assessment tool for psychiatric and mental health nursing: preliminary results

ABSTRACT

Objectives: this study aimed to validate the contents of an assessment tool designed to identify nursing diagnoses according to ICNP, related to the mental health of older people. **Method:** a Delphi study was conducted, using a panel of 50 nurses belonging to a scientific association of mental health nursing. Criteria for inclusion/exclusion of participants and criteria related to the level of consensus were pre-established, in order to validate the results of the rounds of the study. The items of the questionnaires were rated using Likert scales. **Results:** in the first round consensus was reached in relation to twelve

nursing focus; in the second round several clinical statements regarding each nursing focus were selected; and in the third round the clinical statements were ranked according to their properties in identifying nursing diagnoses in each focus' domain. **Conclusions:** This study allowed to construct and validate the contents of the draft version of the instrument, which is intended to be implemented soon in a specific population, in order to complete the validation process. This questionnaire will have relevance to the clinical practice, allowing for an optimization of the data collection, more rigorously and effectively.

KEYWORDS: Psychiatric nursing, nursing assessment, geriatric assessment, nursing diagnosis, mental health. (Source: DeCs, BIREME).

Desarrollo de un cuestionario de evaluación clínica de enfermería en salud mental y psiquiatría: resultados preliminares

RESUMEN

Objetivos: este estudio tuvo como objetivo validar el contenido de un cuestionario de evaluación clínica de diagnósticos de enfermería, relacionados con la salud mental de las personas mayores, de acuerdo con la CIPE. **Método:** se realizó un estudio Delphi, seleccionando un panel de 50 enfermeros, pertenecientes a una sociedad científica de enfermería de salud mental. Fueron pre-establecidos criterios de inclusión/exclusión para la selección de los participantes y criterios y niveles de consenso para validar los resultados de las vueltas del estudio. Los ítems de los cuestionarios fueron clasificados utilizando escalas de Likert. **Resultados:** En la primera vuelta se llegó a un consenso en relación a doce focos de enfermería. En la segunda vuelta se seleccionaron varios enunciados/presupuestos clínicos relativos a cada foco de enfermería. En la tercera vuelta se clasificaron los enunciados/presupuestos, de acuerdo a su capacidad para identificar los diagnósticos de enfermería en el área de cada foco. **Conclusiones:** El estudio permitió construir y validar el contenido de la versión preliminar del cuestionario, que está destinado a aplicar en una población específica, con el fin de completar el proceso de validación.

Este cuestionario tendrá relevancia para la práctica clínica, una vez que permitirá optimizar la recogida de datos de manera más precisa y eficaz.

PALABRAS CLAVE: Enfermería psiquiátrica, evaluación en enfermería, evaluación geriátrica, diagnóstico de enfermería, salud mental. (Fuente: DeCs, BIREME).

Introdução

A evolução demográfica mantém a tendência para o envelhecimento da população mundial, com uma forte incidência nos países desenvolvidos. Este envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida colocam a atenção nas pessoas mais velhas como área prioritária da saúde. A população idosa, de um modo geral, enfrenta problemas multidimensionais, de entre os quais se destacam as perturbações mentais (1-2) que afectam a saúde e a sua qualidade de vida, e que requerem uma avaliação compreensiva e sistematizada.

Esta avaliação deve ser estruturada em torno de estratégias e objectivos claros, de modo a identificar as manifestações características da doença mental que, muitas vezes são expressas sob a forma de sintomas clínicos, quer primários, como delírios e alucinações, quer secundários como a solidão, isolamento social e problemas afectivos que, frequentemente, são relegados para segundo plano, não sendo identificados como problemas de enfermagem (3). A capacidade de identificar e discriminar as manifestações clínicas específicas, que caracterizam a expressão da doença mental nas pessoas mais velhas, deve constituir uma atribuição central da enfermagem, procurando, através da utilização de instrumentos e ferramentas adequadas, traduzir estas ocorrências em focos de atenção e de diagnósticos relevantes para a prática clínica. No entanto, apesar da evolução na enfermagem, enquanto ciência e profissão, nas últimas décadas, ainda não existem ferramentas que permitam efectuar uma avaliação consistente das pessoas mais velhas com problemas de saúde mental (4-6). Frauenfelder e colaboradores (6), a partir de uma revisão da literatura, concluíram que os cuidados de enfermagem aos doentes psiquiátricos não estão suficientemente bem documentados. Na opinião destes autores, para que os cuidados de enfermagem sejam eficazes é crucial identificar e definir os problemas dos doentes, as suas causas/factores relacionados, bem como os sinais e sintomas, utilizando procedimentos de avaliação consistentes. Na mesma linha, outros autores (4-5) têm criticado a subjectividade do processo de avaliação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, uma vez que não se têm desenvolvido instrumentos adequados à identificação de problemas e necessidades específicas das pessoas portadoras de perturbação mental. Na opinião de Carvalho (4), a criação de instrumentos de diagnóstico em enfermagem é fundamental para identificar os diagnósticos e para tornar claras, numa linguagem universal, as necessidades dos utentes enquanto focos de atenção de enfermagem.

A consideração destas preocupações deve ser transversal à comunidade de enfermagem, a qual deve criar/utilizar quadros de referência para sustentar a sua prática clínica, procurando, através da investigação, a evidência indispensável à avaliação e tomada de

decisão fundamentada no conhecimento. Neste sentido, torna-se importante desenvolver estratégias e procedimentos, que permitam uma identificação mais rigorosa dos problemas e necessidades das pessoas, tendo em conta as suas características e o seu enquadramento social. Neste domínio, a criação de novos instrumentos e ferramentas que concorram para a uniformização dos procedimentos, aliada à personalização dos cuidados de enfermagem, será sempre uma mais-valia para garantir um exercício de excelência.

O desenvolvimento destes novos procedimentos clínicos deve considerar as práticas e políticas instituídas, bem como as orientações emanadas pelas respectivas sociedades científicas e ordens profissionais. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/CIPE, enquanto taxonomia própria e linguagem classificada foi admitida, em 2008, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhecendo que uma terminologia para o domínio da Enfermagem é essencial para a documentação dos cuidados de saúde (7). Esta classificação trouxe inúmeras vantagens, uma vez que permitiu a informatização dos cuidados e a consequente valorização da prática, através dos diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (7-9). Em linha com estas evidências, o Conselho Internacional de Enfermeiros/CIE e a Ordem dos Enfermeiros/OE recomendam a utilização da CIPE, para o desenvolvimento de sistemas de informação que favoreçam a documentação da prática profissional, e incentivam os enfermeiros a realizarem investigação que permita otimizar o potencial desta classificação, enquanto suporte científico para o desenvolvimento de ferramentas de apoio à prática clínica, quer ao nível da avaliação quer no âmbito da intervenção, em diferentes contextos (7-8).

Neste enquadramento pretende-se desenvolver um instrumento de avaliação clínica na área da saúde mental e psiquiatria que tenha por objectivo identificar diagnósticos de enfermagem relacionados com a saúde mental das pessoas mais velhas. Numa primeira fase, partindo dos resultados da revisão da literatura, de uma pesquisa documental e dum estudo piloto, recorreu-se à Técnica de Delphi (10-11) para validar o conteúdo do instrumento. A base da sua construção assentou na identificação de focos de enfermagem relacionados com a saúde mental das pessoas mais velhas e na selecção dos mais comuns, tendo sido classificados de acordo com a CIPE, versão 2 (7). A partir dos focos seleccionados, procurou-se validar um conjunto de enunciados clínicos, sob a forma de proposições, que se constituíssem como dados relevantes para a identificação de diagnósticos de enfermagem nos domínios em análise.

Método

No presente estudo, utilizou-se a técnica de Delphi (10-11), com recurso a um painel de especialistas numa área específica de conhecimento. De acordo com Ziglio (11), esta técnica consiste num conjunto de procedimentos que prevêm o envio sistemático e intercalado, por correio ou email, de questionários a indivíduos considerados peritos numa determinada área de conhecimento. Esta técnica pressupõe uma abordagem multifásica em que cada fase é planeada tendo por base os resultados da anterior e assume geralmente a designação de “volta ou ronda (*round*)” (12). Dalkey e Helmer (10) apresentam como princípios básicos o anonimato dos participantes, a interacção com *feedback* controlado e o tratamento estatístico das respostas do grupo para identificação de padrões de concordância. Deverá ser realizada de forma colectiva por especialistas, também chamados de peritos, podendo ser aplicada a dados quantitativos ou qualitativos (13) e tem sido aplicada em vários campos das ciências e largamente utilizada na investigação em saúde, concretamente em enfermagem, em diferentes domínios (13-17), designadamente no desenvolvimento e na validação do conteúdo de instrumentos de avaliação clínica (16).

Esta técnica é muito flexível e adaptável, e tem sido modificada e ajustada a diferentes contextos, de acordo com o propósito dos investigadores e o tema do estudo (13, 17-18). Um dos tipos desta técnica é designado Delphi hierárquica, que prevê o recurso a peritos para validar, classificar, ordenar ou hierarquizar assuntos, tendo em conta prioridades ou importância do problema ou soluções (18).

De acordo com Skulmoski e colaboradores (19), a aplicação do Delphi inicia-se considerando três pontos principais: a experiência do investigador, a revisão da literatura e estudos-piloto. Estes três pontos reunidos dão origem à questão ou ao objecto da pesquisa, fornecem elementos para o desenho do estudo e para a elaboração de questionários. A selecção dos informantes é de extrema importância para os resultados, devendo ser definidos critérios que garantam a sua qualidade, enquanto peritos num assunto ou numa determinada área de especialização do conhecimento, relacionada com o objecto da investigação (11, 15-16).

A maior parte dos autores refere que não existe um número ideal de participantes, sugerindo que o número de especialistas deve ser determinada pelos investigadores em função do fenómeno a estudar e do grau de especialização dos peritos (14, 16-17), não havendo moldes pré-definidos para proporcionar a representatividade (16). Geralmente, há tendência à perda de participantes nas rondas sucessivas (12), verificando-se com frequência um índice de respostas baixo, sendo um dos pontos fracos deste método a demora e eventual desistência de retorno dos questionários (12, 20). De um modo geral, só

devem participar na ronda seguinte os participantes que responderam à ronda anterior (12). No entanto, estes factos não afectam a validade e a qualidade dos resultados do estudo, uma vez que o painel é composto por peritos sobre o tema, não havendo necessidade de representatividade estatística em relação à quantidade de participantes (16).

No que diz respeito ao número de etapas ou rondas, as opiniões diferem entre vários autores, sendo comumente aceite que, de um modo geral, três rondas são suficientes para obter resultados (12). Contudo, tem-se verificado que, os estudos utilizam maioritariamente duas rondas, sendo que alguns deles atingem os objectivos logo na primeira (20). No entanto, a maior parte dos autores relaciona o número de questionários ou rondas com a natureza do problema a ser investigado e com os objectivos dos investigadores ou as necessidades da investigação (14, 19).

Para a operacionalização deste tipo de estudo o questionário é considerado o instrumento mais adequado, sendo que nalguns trabalhos é indicado o emprego de questões estruturadas noutros pode-se recorrer a questões abertas e até ao uso de questões com escalas de valores (14, 16).

Jones e Hunter (15) consideram a técnica de Delphi como um método de consenso, o qual tenta avaliar a extensão da concordância (medida de consenso), através da utilização de uma escala numérica ou categórica, sendo a escala de tipo *Likert* uma das mais utilizadas. Geralmente são definidos níveis de consenso a partir de concordância igual ou superior a dois terços das respostas. No entanto, esta opção deve ser reservada aos investigadores que, em função dos objectivos do estudo, devem definir previamente os critérios e níveis de consenso relativos a cada ronda (14), sendo aceite que valores mais elevados podem gerar resultados mais rigorosos e robustos (20). Para medir os resultados, são geralmente utilizadas a distribuição de frequências e as medidas de dispersão e de tendência central, sendo as mais referidas na literatura a mediana e o intervalo interquartil, bem como a média, a moda, frequências e classificações (21). No entanto, o tipo de análise estatística dependerá da estrutura da questão utilizada no questionário, bem como do tipo de escalas de valores usadas (16). Os questionários que utilizam escalas de *Likert* podem ter pontuações, transformando assim as respostas em escalas de intervalo, o que permite o cálculo de médias, medianas e desvios padrões (22).

No presente estudo, a técnica de Delphi foi adaptada com o objectivo de seleccionar um conjunto de focos de enfermagem e de enunciados clínicos relativos a cada foco, através do recurso a um painel de enfermeiros com formação especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e experiência profissional em diferentes contextos desta

natureza, sobretudo na assistência a pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. Procurou-se, deste modo, realçar a qualificação e experiência profissional, no sentido de garantir a qualidade dos informantes, enquanto peritos numa determinada área de especialização do conhecimento (11, 15-16). Por razões de ordem prática relacionadas com o tempo disponível para a realização do estudo e com o acesso à população, optou-se pela utilização da base de dados dos membros de uma associação científica de enfermagem de saúde mental, de âmbito nacional, dado que o recurso a associações ou conselhos de classe ou de especialidades é uma estratégia frequentemente utilizada para seleccionar os especialistas (16).

Participantes

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros membros de uma sociedade científica de enfermagem de saúde mental. Para constituir o painel de informantes, foram definidos critérios de inclusão que justificassem a condição de “perito” no assunto em análise (15). Nesta conformidade, estabeleceu-se como critério de inclusão a reunião cumulativa das seguintes condições: a) ser detentor do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; b) possuir tempo de exercício profissional em Saúde Mental e Psiquiatria igual ou superior a 3 anos; c) ter experiência profissional com idosos. Com base nestes critérios foram seleccionados 50 enfermeiros que constituíram o painel Delphi de informantes.

Procedimento

Partindo dos resultados de trabalhos prévios (2, 23-24), delineou-se o perfil do estudo Delphi e seleccionaram-se os conteúdos a integrar no primeiro questionário. Uma vez que se pretendia desenvolver um instrumento de avaliação clínica baseado nos focos de enfermagem relacionados com a saúde mental, seleccionaram-se, a partir dos estudos prévios, vários focos que serviram de base à elaboração do Questionário I. Para colaborar nos procedimentos relativos ao desenvolvimento do estudo Delphi, foi criado um grupo de cinco peritos que, numa primeira fase, em colaboração com os investigadores, definiu os critérios de inclusão/exclusão, para selecção dos focos de enfermagem. Seguidamente, pré-estabeleceram-se os critérios e níveis de consenso a adoptar, de acordo com os objectivos de cada ronda (Quadro 1). Tendo por base estes critérios, foram seleccionados 35 focos de enfermagem que fizeram parte do Questionário I, juntamente com um breve formulário para a caracterização sócio-demográfica dos participantes. Após a construção do questionário, efectuou-se um pré-teste com um grupo de enfermeiros, a exercer actividade

na área da saúde mental e psiquiatria, para verificar a sua aplicabilidade e para aferição da compreensibilidade dos itens e da aceitabilidade geral do instrumento. Na operacionalização do estudo, foi utilizada a modalidade de questionário electrónico (*online*).

Na 1.^a ronda, realizada no período de Janeiro a Março de 2012, foram apresentadas, ao painel de enfermeiros, proposições relativas a cada foco de enfermagem e foi pedido a cada participante que expressasse o seu grau de concordância/discordância relativamente a cada uma destas proposições, de acordo com uma escala tipo *Likert* de cinco níveis. A cada nível correspondia um valor que ia desde 0 (discordo totalmente) até 4 (concordo totalmente). Foi ainda proposto aos enfermeiros que sugerissem outros focos, criando-se também a possibilidade de colocação de sugestões para reformulação dos itens, bem como de apresentação de dúvidas ou comentários.

Foram excluídos todos os focos que não reuniram os critérios de consenso pré-estabelecidos. Foi ainda previamente definido que cada novo foco de enfermagem proposto pelos participantes só seria sujeito a uma segunda ronda, se estivesse relacionado com os objectivos do estudo e caso fosse sugerido por, pelo menos, 10% dos enfermeiros.

Relativamente à 2.^a ronda, procurou-se definir um conjunto de enunciados clínicos, baseados na descrição do conceito ou nas características definidoras de cada foco. Deste modo, para cada um com consenso na primeira ronda, os investigadores, tendo por base a CIPE (7), a taxonomia da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem/NANDA (25), a Classificação das Intervenções de Enfermagem/NIC (26), a Classificação dos Resultados de Enfermagem/NOC (27), a Classificação Internacional de Doenças/CID-10 (28), bem como a informação de diversas escalas de avaliação de saúde mental, formularam um conjunto de proposições/enunciados clínicos. De seguida, foi pedido ao grupo de cinco peritos que analisasse o seu conteúdo e que efectuasse as reformulações necessárias para melhorar as suas propriedades. Foi também solicitado ao grupo que, relativamente a cada foco, seleccionasse os enunciados clínicos com melhores características para identificar diagnósticos de enfermagem, tendo por base a concordância de, pelo menos, quatro dos cinco peritos. Como resultado desta etapa foi elaborado o “Questionário II”, que fez parte da segunda ronda do estudo Delphi, tendo sido enviado ao painel de enfermeiros, no período de Abril a Junho de 2012, para expressarem o seu grau de concordância/discordância em relação a cada proposição apresentada, tendo por base uma escala tipo *Likert* com as mesmas características da apresentada na primeira ronda. Foi também proposto aos enfermeiros que, relativamente a cada foco, sugerissem outros

enunciados que pudessem contribuir para a sua caracterização clínica, ou reformulação das mesmas, de modo a melhorar as suas propriedades, podendo ainda colocar dúvidas ou comentários.

Na 3.^a ronda, pediu-se ao painel de enfermeiros para classificar os enunciados clínicos relativamente à sua qualidade e poder discriminativo, tendo em conta as propriedades para identificar diagnósticos de enfermagem no domínio de cada foco. Para classificar as proposições foi adoptada a classificação de dados utilizada por Silva (29), tendo sido propostas as quatro categorias apresentadas adiante. Com base nestas opções, foi elaborado o “Questionário III” e enviado ao painel de enfermeiros, no período de Outubro a Dezembro de 2012, para classificar os enunciados clínicos, de acordo com uma escala tipo *Likert* de quatro níveis, distribuídos de forma decrescente, em função do seu grau de importância (4 – Manifestação ou característica definidora do diagnóstico; 3 – Factor concorrente para o diagnóstico; 2 – Condição necessária mas não suficiente para identificar o diagnóstico; 1 – Condição útil mas não necessária para a nomeação do diagnóstico).

Quadro 1 – Critérios e níveis de consenso das rondas do estudo

1.ª RONDA	
Critério de Consenso	Definição
Com Consenso	Concordância positiva igual ou superior a 90% A concordância positiva é definida pela soma da percentagem das respostas: Concordo e Concordo Totalmente
Sem consenso	Todas as outras respostas
Nível de Consenso	Definição
Consenso Perfeito	Todos os participantes concordam plenamente com o item
Consenso Elevado	Concordância positiva $\geq 90\%$ Desvio-padrão ≤ 1 Amplitude Inter-quartil ≤ 1
Consenso Moderado	Concordância positiva $\geq 90\%$ Desvio-padrão > 1 Amplitude Inter-quartil > 1
2.ª RONDA	
Critério de Consenso	Definição
Com Consenso	Concordância positiva igual ou superior a 70% A concordância positiva é definida pela soma da percentagem das respostas: Concordo e Concordo Totalmente
Sem consenso	Todas as outras respostas
Nível de Consenso	Definição
Consenso Perfeito	Todos os participantes concordam plenamente com o item
Consenso Elevado	Concordância positiva $\geq 90\%$ Desvio-padrão ≤ 1 Amplitude Inter-quartil ≤ 1
Consenso Moderado	Concordância positiva $\geq 70\%$ Desvio-padrão ≤ 1 Amplitude Inter-quartil ≤ 1
3.ª RONDA	
Critério de Consenso	Definição
Com Consenso	Concordância positiva igual ou superior a 90% A concordância positiva é definida pela soma da percentagem das respostas nas seguintes categorias: Manifestação ou característica definidora do diagnóstico; Factor concorrente para o diagnóstico; Condição necessária mas não suficiente para identificar o diagnóstico.
Sem consenso	Todas as outras respostas
Nível de Consenso	Definição
Consenso Perfeito	Todos os participantes classificaram o item nas categorias apresentadas no critério de consenso
Consenso Elevado	Concordância positiva $\geq 90\%$ Desvio-padrão ≤ 1 Amplitude Inter-quartil ≤ 1
Consenso Moderado	Concordância positiva $\geq 90\%$ Desvio-padrão > 1 Amplitude Inter-quartil > 1

No desenvolvimento do presente trabalho, foram cumpridos todos os procedimentos éticos e obteve-se o parecer favorável da Comissão de Ética e da Direcção da Sociedade Científica de Enfermeiros para a realização do estudo. Os participantes deram o seu

consentimento, tendo sido salvaguardados os pressupostos de confidencialidade da informação.

Análise estatística

Os dados obtidos, a partir dos questionários das várias rondas do estudo, foram organizados e classificados, tendo o seu tratamento estatístico sido realizado, usando o IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0. Na análise dos resultados foi utilizada a estatística descritiva através do cálculo de frequências, medidas de tendência central e de dispersão.

Resultados

Responderam à primeira ronda do estudo 70 enfermeiros (23,6%), dos quais foram seleccionados 50, cumprindo os critérios de inclusão pré-estabelecidos, que constituíram o painel Delphi de informantes. A média de idades dos participantes foi de 38.9 anos (DP = 7.2; Min 27 – Max 54), a maior parte do género feminino (54%), com grau académico de licenciatura (64%) e exercendo actividade na área hospitalar (68%). Tinham entre 3 a 10 anos de desempenho profissional (54%) e pertenciam à categoria de especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (32%). A maioria tinha experiência profissional em unidades de internamento de curta duração (36%), possuía entre 3 e 10 anos de experiência com idosos (42%) e trabalhavam na região norte de Portugal (64%).

De acordo com as respostas dos informantes, verificou-se um consenso elevado em relação a 12 focos de enfermagem (Tabela 1). Metade destes focos estava relacionada com o domínio cognitivo e os restantes sobretudo com o domínio do humor e da ansiedade. Foram sugeridos outros focos de enfermagem por alguns enfermeiros. No entanto, não foram considerados, uma vez que nenhum deles cumpriu os critérios pré-estabelecidos para ser sujeito à apreciação do painel numa 2.^a ronda (não estavam relacionados com a saúde mental ou não foram sugeridos, pelo menos, por 10% dos enfermeiros).

Tabela 1- Análise descritiva dos focos de enfermagem com consenso

Focos de Enfermagem	Concordância Positiva	Min-Max	Moda	Mediana	Média ± DP	Amplitude Inter-quartil	Nível de Consenso
Cognição	100%	3 – 4	3	3	3.46 (± 0.50)	1	Elevado
Orientação	98%	2 – 4	4	4	3.50 (± 0.54)	1	Elevado
Memória	98%	0 – 4	4	4	3.48 (± 0.71)	1	Elevado
Solidão	96%	2 – 4	4	4	3.50 (± 0.58)	1	Elevado
Concentração	96%	1 – 4	3	3	3.32 (± 0.62)	1	Elevado
Depressão	94%	1 – 4	4	3	3.40 (± 0.67)	1	Elevado
Atenção	94%	1 – 4	3	3	3.32 (± 0.65)	1	Elevado
Ansiedade	94%	1 – 4	3	3	3.32 (± 0.71)	1	Elevado
Pensamento	94%	1 – 4	3	3	3.26 (± 0.75)	1	Elevado
Insónia	90%	1 – 4	3	3	3.22 (± 0.84)	1	Elevado
Tristeza	90%	2 – 4	3	3	3.20 (± 0.61)	1	Elevado
Autocontrolo	90%	1 – 4	3	3	3.12 (± 0.80)	1	Elevado

Responderam ao “Questionário II” 38 enfermeiros, tendo manifestado o seu grau de concordância em relação às proposições apresentadas para cada foco. A análise estatística dos resultados obtidos permitiu seleccionar um grupo de enunciados clínicos em cada foco de enfermagem. A Tabela 2 apresenta os resultados da 2.^a ronda relativos ao foco orientação.

Tabela 2 – Análise descritiva das proposições relativas ao foco orientação

Proposições	Concordância Positiva	Min-Max	Moda	Mediana	Média ± DP	Amplitude Inter-quartil	Nível de Consenso
1. A pessoa revela dificuldades em identificar os espaços habituais	86.9%	1 – 4	3	3	3.16 (± 0.92)	1	Moderado
2. A pessoa não consegue identificar o ano, o mês e o dia da semana	97.4%	1 – 4	4	4	3.50 (± 0.65)	1	Elevado
3. A pessoa revela dificuldade em identificar pessoas da sua referência	84.2%	1 – 4	3	3	3.18 (± 0.90)	1	Moderado
4. A pessoa tem dificuldade na orientação em novos contextos	86.9%	1 – 4	4	3	3.32 (± 0.76)	1	Moderado
5. A pessoa revela dificuldade em identificar-se a si mesma	81.6%	1 – 4	3	3	3.16 (± 0.86)	1	Moderado
6. A pessoa deambula de forma descoordenada e sem finalidade	60.2%	0 – 4	4	3	2.79 (± 1.21)	2	Sem Consenso
7. A pessoa revela dificuldade em identificar objectos pessoais	84.2%	1 – 4	4	3	3.21 (± 0.91)	1	Moderado
8. A pessoa tem dificuldade em identificar a sua localização no tempo/espaço	100%	3 – 4	4	4	3.55 (± 0.50)	1	Elevado
9. A pessoa revela dificuldade no estabelecimento de prioridades	73.6%	1 – 4	3	3	2.97 (± 1.03)	2	Sem Consenso
10. A pessoa perde-se com facilidade na unidade de cuidados	86.9%	1 – 4	4	3	3.32 (± 0.78)	1	Moderado

Os resultados relativos às proposições apresentadas neste foco, revelaram a existência de consenso em relação à maior parte dos enunciados, tendo-se verificado apenas a exclusão de dois por não respeitarem os critérios pré-estabelecidos. Relativamente aos outros focos, verificou-se também consenso em relação à maior parte dos enunciados apresentados, tendo sido excluídos todos os que não respeitaram os critérios e níveis de consenso previstos e reformulados os restantes, de acordo com as sugestões dos enfermeiros.

No final da segunda ronda obteve-se consenso em relação a 9 proposições relacionadas com o foco ansiedade, 5 relativas ao foco atenção, 8 do foco autocontrolo, 8 do foco cognição, 9 relativas ao foco concentração, 10 do foco depressão, 9 ao nível do foco insónia, 7 relativas ao foco memória, 8 do foco orientação, 8 do foco pensamento, 5

relativas ao foco solidão e 7 relativas ao foco tristeza. As proposições/enunciados clínicos seleccionados foram agrupados no domínio do respectivo foco de enfermagem para serem sujeitos a classificação numa nova ronda do estudo.

Responderam ao “Questionário III” 30 enfermeiros, tendo classificado as proposições apresentadas para cada foco, de acordo com as categorias sugeridas. A análise estatística dos resultados obtidos permitiu seleccionar um grupo de enunciados clínicos em cada foco de enfermagem. A Tabela 3 apresenta os resultados da 3.^a ronda relativos ao foco orientação.

Tabela 3 – Análise descritiva das proposições relativas ao foco orientação

Proposições	Concordância Positiva	Min-Max	Moda	Mediana	Média \pm DP	Amplitude Inter-quartil	Nível de Consenso
1. A pessoa revela dificuldades em identificar os espaços habituais	100%	2 – 4	4	4	3.57 (\pm 0.57)	1	Perfeito
2. A pessoa não consegue identificar o ano, o mês e o dia da semana	100%	2 – 4	4	4	3.73 (\pm 0.52)	0.25	Perfeito
3. A pessoa revela dificuldade em identificar pessoas da sua referência	100%	2 – 4	4	4	3.50 (\pm 0.57)	1	Perfeito
4. A pessoa tem dificuldade na orientação em novos contextos	83.3%	1 – 4	3	3	2.60 (\pm 0.86)	1	Sem Consenso
5. A pessoa revela dificuldade em identificar-se a si mesma	100%	3 – 4	4	4	3.83 (\pm 0.38)	0	Perfeito
6. A pessoa revela dificuldade em identificar objectos pessoais	86.7%	1 – 4	4	3	3.03 (\pm 1.03)	1.25	Sem Consenso
7. A pessoa tem dificuldade em identificar a sua localização no tempo/espço	100%	2 – 4	4	4	3.73 (\pm 0.52)	0.25	Perfeito
8. A pessoa perde-se com facilidade na unidade de cuidados	86.7%	1 – 4	3	3	2.70 (\pm 0.95)	1	Sem Consenso

Os resultados relativos às proposições apresentadas para o referido foco revelaram a existência de consenso perfeito em relação a cinco enunciados, tendo-se verificado a exclusão dos restantes por não respeitarem os critérios pré-estabelecidos. Relativamente aos outros focos, verificou-se também consenso em relação à maior parte dos enunciados apresentados, tendo sido excluídos todos os que não respeitaram os critérios previstos. Os resultados finais da terceira ronda do estudo permitiram obter uma versão provisória do

conteúdo do questionário de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria (Quadro 2).

Quadro 2 – Versão provisória do questionário de enfermagem de saúde mental e psiquiatria

1. Ansiedade	Consenso	7. Insónia	Consenso
1. A pessoa revela sentimentos de ameaça, perigo ou angústia	96.6%	1. A pessoa não consegue manter-se a dormir a noite toda	93.3%
2. A pessoa apresenta dor no peito e sensação de falta de ar	90.0%	2. A pessoa não consegue dormir durante os períodos planeados	96.7%
3. A pessoa apresenta preocupação e sentimentos de apreensão	90.0%	3. A pessoa tem frequentemente dificuldade em adormecer	100%
4. A pessoa apresenta tremor, aumento da tensão muscular e do pulso	90.0%	4. A pessoa acorda muito cedo, dormindo menos do que o esperado	96.7%
5. A pessoa apresenta-se assustada, inquieta e facilmente irritável	90.0%	5. A pessoa apresenta uma dificuldade crónica para dormir	100%
2. Atenção		8. Memória	
1. A pessoa não consegue reter e compreender a informação dada	96.6%	1. A pessoa apresenta perda de impressões e de ideias	90.0%
2. A pessoa não é capaz de manter uma atenção de qualidade	96.7%	2. A pessoa tem dificuldade em recordar factos do seu passado recente	100%
3. A pessoa não consegue manter a atenção focada no estímulo principal	100%	3. A pessoa tem dificuldade em recordar factos do momento presente	93.3%
4. A pessoa não é capaz de observar atentamente os acontecimentos	90.3%	4. A pessoa não consegue memorizar palavras, imagens e objectos exibidos	96.7%
3. Autocontrolo		5. A pessoa tem dificuldade em recordar informações recentes	96.7%
1. A pessoa não revela capacidade para cuidar da sua própria manutenção	93.3%	9. Orientação	
2. A pessoa revela dificuldade em gerir os acontecimentos de vida	93.3%	1. A pessoa revela dificuldades em identificar os espaços habituais	100%
3. A pessoa revela dificuldade em lidar com as suas necessidades básicas	93.3%	2. A pessoa não consegue identificar o ano, o mês e o dia da semana	100%
4. A pessoa tem dificuldade em gerir as suas actividades de vida diária	93.3%	3. A pessoa revela dificuldade em identificar pessoas da sua referência	100%
5. A pessoa não consegue auto-gerir os seus comportamentos	93.3%	4. A pessoa revela dificuldade em identificar-se a si mesma	100%
4. Cognição		5. A pessoa tem dificuldade em identificar a sua localização no tempo/espaço	100%
1. A pessoa revela dificuldade em estar atenta e concentrada	93.3%	10. Pensamento	
2. A pessoa revela dificuldade a identificar pessoas, locais e tempo	96.7%	1. A pessoa não consegue separar, ordenar e classificar os pensamentos	100%
3. A pessoa revela dificuldade em compreender a sua situação	93.3%	2. A pessoa tem dificuldade em pensar de uma forma lógica e fluida	96.7%
4. A pessoa não interpreta de forma adequada as orientações	96.7%	3. A pessoa tem dificuldade em apresentar os pensamentos através do discurso	96.7%
5. A pessoa revela dificuldade em perceber e compreender o entorno	100%	4. A pessoa não apresenta pensamentos congruentes com a realidade	96.7%
5. Concentração		5. A pessoa divaga constantemente e tem dificuldade para manter o tema	96.7%
1. A pessoa dispersa-se facilmente nos seus pensamentos e actividades	100%	11. Solidão	

2. A pessoa necessita de ser orientada frequentemente para a tarefa em curso	100%	1. A pessoa sente-se só e percebe a situação como negativa e ameaçadora	100%
3. A pessoa não é capaz de se manter concentrada na execução de uma tarefa	96.7%	2. A pessoa expressa sentimentos de rejeição e abandono	93.3%
4. A pessoa não consegue dirigir a sua atenção para os aspectos principais	100%	3. A pessoa verbaliza ausência de pertença	93.3%
6. Depressão		4. A pessoa sente um vazio na vida e revela sentimentos de tristeza	96.7%
1. A pessoa apresenta-se triste e melancólica	100%	5. A pessoa sente-se isolada e afastada das outras pessoas	100%
2. A pessoa desvaloriza-se e verbaliza sentimentos de culpa	96.7%	12. Tristeza	
3. A pessoa demonstra perda de interesse ou de motivação	100%	1. A pessoa apresenta desalento e falta de energia	96.6%
4. A pessoa reage com indiferença a estímulos positivos	96.7%	2. A pessoa parece triste ou refere que se sente triste	100%
5. A pessoa apresenta-se apática e desanimada com a vida	100%	3. A pessoa apresenta tom de voz baixo e fala arrastada	93.3%
		4. A pessoa apresenta-se apática e hipoactiva	96.7%
		5. A pessoa expressa desânimo ou frustração em relação a alguém ou a algo	93.3%

Discussão

A doença mental constitui uma problemática com uma acuidade particular nas pessoas mais velhas, e manifesta-se no contexto de um conjunto de comorbilidades que dificultam o processo de avaliação e a identificação objectiva dos seus problemas e necessidades

A natureza das condições clínicas mais prevalentes, em termos de doença mental, neste sector da população, parece ser o grande determinante dos seus problemas e necessidades, uma vez que, a maior parte dos autores, se refere às alterações cognitivas e emocionais, relacionadas com a demência e com a depressão, como as mais implicadas no funcionamento global e na qualidade de vida das pessoas mais velhas (1-2, 30-35). Neste contexto, verifica-se um vasto conjunto de alterações em diferentes domínios cognitivos, comportamentais e psicológicos, como dificuldades de orientação, estados confusionais, sofrimento psicológico, isolamento, tristeza, baixa auto-estima e outros, que prejudicam o estado funcional, e levam ao uso excessivo de recursos de saúde, bem como ao aumento da mortalidade (32-35).

A análise dos problemas e necessidades que afectam as pessoas mais velhas permitiu identificar um conjunto de domínios ou focos clínicos que caracterizam a condição de saúde/doença desta população. Os focos de enfermagem identificados, ao longo deste percurso de investigação (1, 23-24), estão, na sua maioria, relacionados com as evidências apresentadas anteriormente. Estes dados foram também confirmados no presente estudo, uma vez que, a colaboração do grupo de peritos e o recurso ao painel Delphi de

enfermeiros, permitiu seleccionar 12 focos de enfermagem, sendo 6 do domínio cognitivo, 4 de ordem psicológica, relacionados com as emoções, e 2 de natureza comportamental.

Em conformidade com estes resultados, foram criados enunciados clínicos, relativos a cada um dos focos seleccionados. Este procedimento assentou na consulta e revisão exaustiva da literatura, sobretudo classificações de enfermagem e outras relacionadas, conforme descrito adiante, procurando-se analisar os constructos associados a cada uma destas áreas de atenção. O contributo do grupo de cinco peritos foi fundamental para melhorar a qualidade das proposições, tornando-as mais objectivas e reduzindo a matriz de enunciados no domínio de cada foco. Esta estratégia permitiu também melhorar as propriedades clínicas dos enunciados para identificar diagnósticos de enfermagem.

Os resultados obtidos a partir deste trabalho constituem a resposta a uma necessidade identificada, de acordo com as evidências da literatura (4-6) e com a experiência profissional dos autores. Estão também em linha com as recomendações das organizações nacionais e internacionais de enfermeiros, que sugerem o envolvimento dos seus membros na procura de respostas para as necessidades de suporte científico da prática clínica, em contextos e populações específicas e tendo por base as classificações adoptadas internacionalmente (7-8). Dada a escassa informação associada à descrição do conceito de alguns focos da CIPE ou à semelhança entre o seu conteúdo, muitas vezes sobreponível ao de outros focos, procurou-se recorrer a outras classificações de enfermagem (NANDA, NIC, NOC) (25-27), bem como à CID-10 (28) e a diversas escalas de avaliação de saúde mental, de modo a colmatar esta dificuldade. A opção pelo recurso às classificações descritas anteriormente teve a ver com o facto de estarem na base do desenvolvimento da CIPE, mantendo-se actualmente um cruzamento de dados com estas terminologias, de modo a fomentar a harmonização entre as classificações utilizadas no trabalho dos grupos de normalização em saúde e em enfermagem como a Organização Internacional de Normalização (International Organization for Standardization, ISO) (7, 36).

A metodologia utilizada pareceu-nos adequada ao propósito deste trabalho, uma vez que está em conformidade com a opinião e as opções doutros autores (16) e permitiu seleccionar e validar um vasto conjunto de informação, beneficiando da colaboração de um painel de enfermeiros com qualificação e experiência profissional na área da saúde mental e psiquiatria em idosos, contribuindo para a confiabilidade dos resultados (11, 15-18). Esta validação assentou na opinião convergente de vários especialistas, conforme preconizado na Técnica de Delphi (14).

A opção por critérios de consenso mais elevados, relativamente à selecção dos focos de enfermagem e à classificação das proposições na última ronda do estudo, procurou garantir a selecção dos focos mais frequentes e dos enunciados clínicos com melhores propriedades para identificar diagnósticos de enfermagem, no domínio de cada foco, possibilitando a obtenção de resultados mais rigorosos e robustos (20), ao mesmo tempo que permitiu criar a base de um questionário com estrutura e dimensão que facilite a sua aplicação na prática clínica.

Apesar da perda de participantes ao longo das várias rondas do estudo, conseguiu-se manter um bom nível de participação. No entanto, houve necessidade de prorrogar o tempo para resposta aos questionários, de modo a colmatar a baixa participação no prazo estabelecido inicialmente, em cada ronda, procurando-se também sensibilizar os participantes em relação à importância do seu contributo. Geralmente, esta é uma condição que ocorre em estudos desta natureza (20). Contudo, este facto não afectou o rigor e a validade dos resultados, visto que o painel de participantes reunia os requisitos de especialização necessários (16).

O desenho do estudo foi estruturado em função dos objectivos da investigação, tendo sido pré-estabelecidos os critérios de consenso, de acordo com o propósito de cada etapa, conforme sugerido por vários autores (14, 19-20). Uma vez que se procurou adaptar a Técnica de Delphi aos objectivos do estudo (13, 17-18), isto não impediu que se cumprissem os requisitos básicos desta técnica (10, 17, 20).

Além de cumprir os objectivos relativos à primeira fase de desenvolvimento do questionário de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, este trabalho permitiu seleccionar um grupo de enunciados clínicos, relacionados com os diferentes focos de enfermagem, que poderão constituir um aporte relevante para a melhoria da descrição do conceito de alguns destes focos.

Este estudo apresenta algumas limitações, já apontadas noutros trabalhos realizados anteriormente, e que radicam, sobretudo, na dificuldade em construir enunciados clínicos a partir da descrição do conceito de alguns focos da CIPE, devido à escassa informação apresentada e, nalguns casos, à sobreposição de informação e à subjectividade dos termos. Deste modo, seria importante incrementar o cruzamento de dados entre estas classificações. Torna-se necessária a harmonização de critérios e conceitos, tornando a CIPE mais objectiva relativamente às características definidoras dos diferentes focos de enfermagem, nomeadamente com recurso a análises factoriais, que evitem sobreposições, como é disso exemplo, o que se verifica entre o foco de depressão e de tristeza.

Conclusão

O trabalho desenvolvido até ao momento permitiu seleccionar um conjunto de focos de enfermagem relacionados com a saúde mental, que podem estar presentes nas pessoas mais velhas com doença mental. Permitiu também validar um conjunto de enunciados, que se espera que reúnam propriedades clínicas para identificar diagnósticos de enfermagem, relacionados com cada foco.

Do presente estudo resultou a versão provisória do instrumento de avaliação clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, que se pretende em breve validar, através da aplicação numa população específica. Os próximos passos prevêem a realização de alguns pré-testes e de um estudo piloto para avaliar a aplicabilidade do instrumento e obter informação provisória sobre a fiabilidade e validade, bem como para seleccionar um protocolo para o estudo de validação final.

Este questionário terá relevância para a prática clínica, ao permitir otimizar a colheita de dados, pelos enfermeiros, de forma desejavelmente mais rigorosa e efectiva.

Referências bibliográficas

1. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Actividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista Saúde Pública* 2008; 42 (2): 302-7.
2. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Implicações da saúde mental no envelhecimento activo: uma perspectiva de enfermagem. In Sequeira C, Sá L, coordenadores. *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental. II Congresso Internacional da SPESM; 26-29 outubro 2010; Barcelos, Portugal. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; 2010. p. 184-92.*
3. Canabrava DS, Brusamarello T, Capistrano FC, Mazza VA, Mercês NNA, Maftum, MA. Diagnóstico e intervenções à pessoa com transtorno mental com base na consulta de enfermagem. *Cogitare Enferm* 2012; 17 (4): 661-8.
4. Carvalho JC. Da avaliação ao Diagnóstico. In sequeira C, SÁ L, coordenadores. *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental. II Congresso Internacional da SPESM; 26-29 outubro 2010; Barcelos, Portugal. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; 2010. p. 65-67.*
5. Coombs T, Curtis J, Crookes P. What is a comprehensive mental health nursing assessment? A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 2011; 20: 364-70.

6. Frauenfelder F, Muller-Staub M, Needham I, Van Achterberg T. Nursing phenomena in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011; 18 (3): 221-35.
7. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/CIPE, versão 2, Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
8. Ordem dos Enfermeiros (OE). Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. 2007. [acesso em 12 nov 2011]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
9. Sequeira C. Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Coimbra: Quarteto Editora; 2006.
10. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science* 1963; 9 (3): 458-67.
11. Ziglio E. The Delphi method and its contribution to decision-making. In: Adler M, Ziglio E, editors. *Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health*. London: Jessica Kingsley Publishers; 1996. p. 3-33.
12. Sousa FMV. Prioridades de investigação em saúde mental em Portugal: as perspectivas de um painel Delphi de psiquiatras e pedopsiquiatras. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2006; 24 (1): 103-14.
13. Silva R, Tanaka O. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 1999; 33 (3): 207-16.
14. Faro ACME. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 1997; 31 (2): 259-73.
15. Jones J, Hunter D.. Usando o Delfos e a técnica do grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde. In: Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 51-60.
16. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da Técnica Delphi em Pesquisas de Enfermagem. *Rev Rene* [Internet]. jan.-mar. 2012. [acesso em: 12 jun 2012]; 13 (1): 242-51. Disponível em:
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31>

17. Witt RR. Competências da Enfermeira na Atenção Básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
18. Gallardo RY, Olmos RC. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciência y Enfermería* 2008; 14 (1): 9-15.
19. Skulmoski GJ, Hartman FT, Krahn J. The Delphi method for graduate research. *Journal of Information Technology Education* 2007; 6 (6): 1-21.
20. Silva MB, Argenta C, Saurin G, Crossetti MGO, Almeida MA. Utilização da Técnica Delphi na Validação de Diagnósticos de Enfermagem. *J Nurs UFPE* [internet]. jan. 2013. [acesso em: 14 apr 2013]; 7 (1): 262-68. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2887/pdf_1914
21. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). A Técnica Delphi de Formação de Consensos. 2005. [acesso em: 14 nov 2011]. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/A-Tecnica-Delphi-de-Formacao-de-Consensos.pdf>
22. Fortin MF. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
23. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Prevalência dos focos de enfermagem de saúde mental em pessoas mais velhas: resultados da pesquisa documental realizada num serviço de psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2012; 7: 7-12.
24. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. Desenvolvimento de um catálogo CIPE: Necessidades do idoso em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2013; 10: 15-23.
25. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
26. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
27. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
28. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.

29. Silva MAT. Intenções dominantes nas concepções de enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas [tese de doutoramento]. Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2011.
30. Ayis S, Paúl C, Ebrahim S. Psychological Disorders in Old Age: Better Identification for Better Treatment. *European Journal of Psychological Assessment* 2010; 26 (1): 39–45.
31. Fernandes L, Gonçalves-Pereira M, Leuschner A, Martins S, Sobral M, Azevedo LF, et al. Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *International Psychogeriatrics* 2009; 21 (1): 94-102.
32. Gonçalves DC, Martín I. Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência. *Psicol Argum* 2007; 25 (51): 371-384.
33. Sequeira C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel; 2010.
34. Sotto-Mayor M, Ribeiro O, Paúl C. Satisfaction in dementia and stroke caregivers: a comparative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2009; 17 (5): 620-624.
35. Unutzer J. Clinical practice. Late-life depression. *New England Journal of Medicine* 2007; 357:2269.
36. Nóbrega MML, Garcia TR, Furtado LG, Albuquerque CC, Lima CLH. Terminologias de enfermagem: da taxonomia da NANDA à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. out.-dez. 2008. [acesso em: 16 nov 2011]; 2 (4): 390-96. Disponível em:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/333/pdf>
[408](#)

Componente B

3.5. The needs of older people with mental health problems: a particular focus on dementia patients and their carers. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. International Journal of Alzheimer's Disease. 2012, Article ID 638267, 7 pages. doi:10.1155/2012/638267.

FONTES DE INDEXAÇÃO | INDEXING SOURCES

Academic OneFile, Academic Search Alumni Edition, Academic Search Complete, Airiti Library, Biological Sciences, Biotechnology and BioEngineering Abstracts, Biotechnology Research Abstracts, Chemical Abstracts Service (CAS), CINAHL Plus with Full Text, CNKI Scholar, Community Health, CSA Neurosciences Abstracts, Current Abstracts, Directory of Open Access Journals (DOAJ), EBSCO Academic Source Complete, EBSCO Discovery Service, EBSCOhost Connection, EMBASE, Expanded Academic ASAP, Genetics Abstracts, Google Scholar, Health and Wellness Resource Center, Health Policy Reference Center, HINARI Access to Research in Health Programme, J-Gate Portal, NIA Alzheimer's Disease Library (AD Lib), Professional ProQuest Central, ProQuest Central, ProQuest Health and Medical Complete, ProQuest Psychology Journals, PubMed, PubMed Central, Scopus.

Research Article

The Needs of Older People with Mental Health Problems: A Particular Focus on Dementia Patients and Their Carers

Joaquim Passos,¹ Carlos Sequeira,² and Lia Fernandes³

¹ Health Sciences, School of Health of Viana do Castelo, 4900-314 Viana do Castelo, Portugal

² Nursing Unit, School of Nursing of Porto, 4200-072 Porto, Portugal

³ Clinical Neuroscience and Mental Health Department, Faculty of Medicine, University of Porto/Psychiatry of S. João Hospital Centre, 4200-319 Porto, Portugal

Correspondence should be addressed to Lia Fernandes, liapnsf@gmail.com

Received 29 July 2012; Revised 20 September 2012; Accepted 28 September 2012

Academic Editor: Hiroyuki Umegaki

Copyright © 2012 Joaquim Passos et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

The problems and needs of older people are often associated with mental illness, characterized by a set of clinical manifestations, which constitute important domains for investigation and clinical practice. This paper presents the results of a pilot study whose main purpose was to identify met and unmet needs and to analyze the relationship between those needs, psychopathology and functionality in older people with mental health problems. A sample of 75 patients aged 65 or over, of both sexes, diagnosed with mental illness using ICD-9. The main diagnoses were depression (36%) and dementia (29.3%). Most patients had cognitive impairment (MMSE, 52%; CDT, 66.7%), depression (GDS, 61.3%), anxiety (ZAS, 81.3%), and moderate dependence (BI, 49.3% and LI, 77.3%). The main unmet needs found were daytime activities (40%), social benefits (13.3%), company (10.7%), psychological distress (9.3%), and continence (8%). The majority of these unmet needs occur with dementia patients. The majority of the carers of these patients had global needs (met and unmet) in terms of psychological distress. Findings also reveal that a low level of functionality is associated with dementia diagnoses. The association analyses suggest that dementia is an important determinant of the functional status and needs.

1. Introduction

The ageing of the population worldwide has been followed by an increase in the prevalence of mental illness, making this one of the most important causes of morbidity. In this context, there are numerous psychological and behavioural symptoms associated with dementia that strongly affect the objectives and life expectations of the elderly and increase the difficulties in the process of assessment, diagnosis, and treatment of these people [1].

Dementia occupies a central place as a condition of morbidity in this population, with a significant increase as we advance in age, constituting one of the most common causes of disability in western society [1–7].

The change in the age pyramid, which occurred mainly after the 50s, makes the study of ageing and old age a primary

focus of attention and concern of health professionals and researchers, in order to deepen their knowledge and create evidence that will allow the development of more structured and targeted responses to meet specific needs of older people and to promote active and successful ageing.

As part of this work, elderly needs assessment is the fundamental base for a social/health policy definition and intervention. There is a met need if the person has a (moderate or serious) problem in the area for which they require assistance, which they receive and it is appropriate to met that need. There is an unmet need when individual has a significant problem in the area for which they are not receiving appropriate assistance (wrong kind of help or no assistance) [1, 8–11].

This paper aims to present the results of a pilot study conducted in the context of the Research Project “The needs

of older people with mental health problems" developed under the Doctoral Program in Gerontology and Geriatrics in the Abel Salazar Biomedical Sciences Institute, University of Oporto/Aveiro, Portugal. The aim of the study was to identify the met and unmet needs of the elderly and their carers and to analyze the relationship between those needs, psychopathology and functionality in older people with mental health problems.

2. Materials and Methods

2.1. Participants. An elderly sample (over 65 years) of both sexes diagnosed with mental disorder according to the ICD-9-International Classification of Diseases [12] was recruited consecutively from the National Health Service in the Inpatient and Outpatient Department of Psychiatry and Mental Health (DSMP) at a Health Unit in Northern Portugal.

Also, 52 carers and 71 staff members were interviewed using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) to identify met and unmet needs.

It was established as inclusion criteria: ≥ 65 years old; mental disease (ICD-9 criteria) [12]; it was admitted as inpatients or outpatients in the Psychiatry and Mental Health Department (DSMP). The exclusion criteria were: blind/deaf and severe impairment in communication.

2.2. Instruments. The following instruments were used: the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) [11]; the Minimental State Examination/MMSE [13]; the Clock Draw Test/CDT [14]; the Geriatric Depression Scale/GDS [15]; the Zung Anxiety Scale/ZAS [16]; the Barthel Index/BI [17]; the Lawton Index/LI [18]; and the Graffar's Social Classification/GSC [19].

In order to fit the assessment protocol to the context of the investigation, previously validated versions of the instruments or versions adapted to the Portuguese population were used. In that sense, the following were used: the Portuguese version of CANE [1]; the Portuguese version of the MMSE [20], with the new normative values adapted to the Portuguese population [21] (cognitive deficit: 0–2 school years ≤ 22 ; 3–6 school years ≤ 24 ; 7 or more school years ≤ 27). Regarding the Clock Draw Test, since a version adapted to the Portuguese population is still being developed, the original version was used [14] with the coding system proposed by Cacho et al. [22] (scores 0–10: >6 normal; ≤ 6 abnormal), which is being used by some institutions in Portugal. As to the Geriatric Depression Scale [23] (15 items version) and Zung Anxiety Scale [24], the Portuguese versions were used. Regarding the functionality, Portuguese versions of the Barthel Index [25] (scores 0–20: total independence 20; moderate dependence 13–19; severe dependence 9–12; total dependence 0–8) and Lawton Index [26] (scores 0–23: total independence 23; some level of dependence < 23) were also used. Finally, concerning the social classification, an adapted version of the Graffar's Social Classification [27] (scores 0–10: 0–2 class I; 3–4 class II; 5–6 class III; 7–8 class IV; 9–10 class V) was used.

2.3. Procedure. The participants were identified by the researcher through a contact with the mental health services. In the context of this study, the individuals were contacted and interviewed when they accessed the outpatient service or were inpatients during the study period. The researcher gave them information about the study and asked them if they wanted to participate. The researcher then tried to identify a suitable member of staff and a primary caregiver to perform the assessment.

After this, 21 inpatients, 46 outpatients, 6 in nursing homes, and 2 at home were assessed consecutively during the period from April to September 2011.

Despite the assessment being planned at the moment the patients had access to the health unit, in some of the cases the researcher had to go to their homes or nursing homes. Also, 52 carers and 71 staff members (psychiatrists, psychologists, social workers, and psychiatric nurses) were interviewed separately by the researcher using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). The CANE was given as a structured interview to the patients, their informal carer, staff, and evaluator from items 1 to 24, A and B sections. After the data collection, using the instruments and procedures listed above, the data was organized and classified and the statistical analysis was carried out using IBM SPSS, version 19.

In the development of this study, all procedures concerning ethical approval were obtained from the ethics committee and from the board of the institution where the study was held. All the necessary measures to safeguard participants' anonymity and confidentiality of information were also thoroughly followed.

3. Results and Discussion

The data was collected from a convenience sample of 75 patients, with ages ranging from 65 to 93 years (mean = 73.3 years and SD = 6.6). The majority were female (73.3%), married (49.3%), living with a partner (50.7%), and in rural areas (74.7%); a high percentage belonged to a very low social class (94.7%), according to the Graffar classification [19]. Most of them were interviewed as outpatients (73.3%), and the main diagnosis was depressive disorder (36%), followed by dementia (29.3%) and somatic comorbidity (98.7%). In 69.3% of the cases, there was an informal carer, and of these only 56% lived with the carer; most (80%) did not care for anyone else.

The main sociodemographic and clinical characteristics of the participants are presented in detail in Table 1.

Also, 52 carers with ages ranging from 21 to 80 years (mean = 58.9; SD = 15.02) were interviewed. The majority were male (51.9%), married (76.9%), a primary carer (94.2%), and patient's partner (50%).

The main sociodemographic characteristics of the carers are presented in Table 2.

3.1. Global Results of Applied Instruments. According to the global results of the applied instruments (Table 3), the majority of the patients had cognitive deficits in the

TABLE 1: Sociodemographic and clinical characteristics of subjects.

Characteristics	<i>n</i> = 75
Age (years)	73.3 (SD = 6.6; range 65–93)
Gender <i>n</i> (%)	
Male	20 (26.7)
Female	55 (73.3)
Marital status <i>n</i> (%)	
Single	14 (18.7)
Married	37 (49.3)
Common law	1 (1.3)
Widowed	14 (18.7)
Divorced	8 (10.7)
Separated	1 (1.3)
Living situation <i>n</i> (%)	
Alone	12 (16.0)
With partner	38 (50.7)
With other relatives	15 (20.0)
With others	10 (13.3)
Status at interview <i>n</i> (%)	
Inpatient	20 (26.7)
Outpatient	55 (73.3)
Psychiatric diagnosis <i>n</i> (%)	
Depressive disorder	27 (36.0)
Dementia	22 (29.3)
Bipolar disorder	9 (12.0)
Schizophrenia and other psychoses	4 (5.3)
Alcohol dependence	4 (5.3)
Adjustment disorder	4 (5.3)
Anxiety	3 (4.0)
No diagnosis	2 (2.7)
Somatic comorbidity <i>n</i> (%)	
Yes	74 (98.7)
No	1 (1.3)
Socioeconomic classification (Graffar) <i>n</i> (%)	
Class IV—low	4 (5.3)
Class V—very low	71 (94.7)
Geographical area <i>n</i> (%)	
Urban	12 (16.0)
Suburban	7 (9.3)
Rural	56 (74.7)
Has a carer? <i>n</i> (%)	
Yes	52 (69.3)
No	23 (30.7)
Lives with carer? <i>n</i> (%) (<i>n</i> = 52)	
Yes	42 (56.0)
No	10 (13.3)
Is also a carer? <i>n</i> (%)	
Yes	15 (20.0)
No	60 (80.0)

evaluation with the MMSE (52%) and in the Clock Draw Test (66.7%). They also had high levels of depression (GDS, 61.3%) and anxiety (ZAS, 81.3%). As far as the degree of functionality is concerned, most had moderate dependence on basic activities of daily living (BADL) (BI, 49.3%) and

TABLE 2: Sociodemographic characteristics of carers.

Characteristics	<i>n</i> = 52
Age (years)	58.9 (SD = 15; range 21–80)
Gender <i>n</i> (%)	
Male	27 (51.9)
Female	25 (48.1)
Marital status <i>n</i> (%)	
Single	9 (17.3)
Married	40 (76.9)
Widowed	2 (3.8)
Divorced	1 (1.9)
Primary carer? <i>n</i> (%)	
Yes	49 (94.2)
No	3 (5.8)
Family carer <i>n</i> (%)	
Children	17 (32.7)
Husband/wife	26 (50.0)
Brother/sister	3 (5.8)
Other	2 (3.8)
Unrelated	4 (7.7)

some level of dependence on instrumental activities of daily living (IADL) (LI, 77.3%).

According to the identified needs of the patients, the results of the CANE on the evaluator's perspective (Table 4) show that the main met needs are related to physical health (93.3%), memory (81.3%), psychological distress (72%), information (70.7%), household skills (65.3%), eyesight/hearing (62.7%), and food (58.7%). The majority of unmet needs were found in the domain of daytime activities (40%), social benefits (13.3%), company (10.7%), psychological distress (9.3%), and continence sphincter (8%). None of the participants had unmet needs for caring for others, abuse/neglect and alcohol abuse. Also regarding the abuse/neglect, no participant registered any needs.

Concerning the carers' needs, on the evaluator's perspective, the results show that 45.3% had met needs and 6.7% unmet needs for psychological distress; another 21.3% had met needs for information.

3.2. Analysis of the Relationship between Psychopathology, Needs, and Functionality. Since the most common diagnoses were depression and dementia (which together represented 65.3% of the sample), some analyses were carried out to identify possible associations between these diagnoses and other sociodemographic and clinical variables. Those analyses were carried using chi-square (χ^2) and point biserial correlation coefficient (r_{pb}).

The results indicated a significant positive correlation between the medical diagnosis of dementia and depression and global needs (met and unmet) identified by CANE, from the perspective of carers, $r_{pb} = .42$, $P < .05$, staff, $r_{pb} = .47$, $P < .01$, and of the evaluator, $r_{pb} = .46$, $P < .01$. These findings reveal that a high level of global needs is associated

TABLE 3: Overall results of the instruments applied.

Instruments	<i>n</i> = 75	Mean (SD)	Median	Range
MMSE: <i>n</i> (%)				
Total score		22.28 (6.45)	25.00	5–30
Without cognitive deficit	36 (48.0)			
With cognitive deficit	39 (52.0)			
Clock Draw Test: <i>n</i> (%)				
Total Score		4.65 (3.40)	4.00	0–10
Normal	23 (30.7)			
Abnormal	50 (66.7)			
No response	2 (2.7)			
GDS: <i>n</i> (%)				
Total score		8.14 (4.32)	9.00	0–15
No depression	28 (37.3)			
Depression	46 (61.3)			
No response	1 (1.3)			
Zung anxiety scale: <i>n</i> (%)				
Total score		48.49 (8.41)	49.00	25–69
No anxiety	13 (17.3)			
Anxiety	61 (81.3)			
No response	1 (1.3)			
Barthel index: <i>n</i> (%)				
Total score		17.52 (3.68)	19.00	3–20
Total independence	32 (42.7)			
Moderate dependence	37 (49.3)			
Severe dependence	3 (4.0)			
Total dependence	3 (4.0)			
Lawton index: <i>n</i> (%)				
Total score		13.41 (8.05)	15.00	1–23
Total independence	17 (22.7)			
Some level of dependence	58 (77.3)			

with dementia diagnoses, while a slightly lower level of those same global needs is associated with depression.

The main unmet needs found, on the evaluator's perspective, were daytime activities, social benefits, company, and psychological distress. In the present study it was found that, in relation to daytime activities and benefits, the number of unmet needs is higher than those found in other studies [11, 28, 29]. In this view, it appears to be related to the fact that in Portugal there is an inadequate social network to address social problems and needs of older people with dementia or other mental health problems. The present Portuguese policies fall well short of the practice in other European countries, particularly in Northern Europe.

Moreover, in this sample, most patients lived in poor rural areas (74.7%), in a peripheral region of Northern Portugal, belonging to a very low socioeconomic class (94.7%), in contrast to the cited studies, where most patients were from urban or suburban areas [1, 8, 11]. In line with this, in the present study, it appears that the majority of

the elderly (96%) had low education and lived alone or with a partner, of similar age and level of education. In most cases, this partner was designated as carer. Taking into account the low level of education, the poor rural areas where they live, and the family's typology (with only one or two elderly members), many of these people reported the lack of company as a significant problem. Also due to the lack of knowledge of rights and social benefits, the results of the CANE from the patients' perspective showed a lower level of unmet needs in daytime activities (12%) when compared to the evaluator's perspective (40%). On the other hand, it remains also a policy difficulty concerning health and social services accessibility.

This highlights what has been reported in the literature regarding the management of care for patients with dementia, since the importance of systematically assessing needs and planning coordinated management of interdisciplinary care has been recognized. The importance is also assumed of ensuring a coverage that not only takes into account physical and environmental, but also psychological and social needs.

Regarding the psychological distress of the patients, the present results are in line with other studies in terms of global needs (met and unmet) [1, 8, 11, 28, 29], and the level of unmet needs is lower than those reported by these studies. This is probably related to the fact that in the present study a significant percentage of patients (26.7%) were psychiatric inpatients and 73.3% were psychiatric outpatients, in contrast to the majority of the referred studies [1, 8, 28, 29], where participants were evaluated mostly in the community or in an outpatient setting. This is also consistent with the Reynolds et al. study [11], where the level of unmet needs was lower than the previous studies.

Analyzing these results in relation to the dementia patients, it was found that the majority of unmet needs in daytime activities, social benefits, company, and psychological distress occurs in these participants, and the same is true for global needs (met and unmet). On the other hand, regarding functionality, the results show a significant negative correlation between the medical diagnosis of dementia and depression and the total scores obtained in Barthel, $r_{pb} = -.37$, $P = .009$, and Lawton Indexes, $r_{pb} = -.49$, $P < .001$, suggesting that low total scores in these two indexes are associated with dementia diagnosis, while slightly higher total scores are associated with depression diagnosis. These findings reveal that these patients present a wide range of needs in physical, psychological, and social areas that require great physical and psychological availability and good preparation by carers. This suggests that carers of patients with dementia are exposed to a greater demand, which can lead to higher levels of psychological distress.

With respect to the two items evaluated on the carers' needs, the majority had met or unmet needs in the domain of psychological distress, while in terms of information needs, this percentage is lower. Although there were no significant correlations between the diagnosis of dementia and the carers' psychological distress ($P = .566$), the high level of 59.1% of carers of the elderly with dementia, with global needs (met and unmet) in terms of psychological distress, is in line with the results obtained in most studies that

TABLE 4: Levels of need, as rated by the evaluator.

Items /domains	Needs identified <i>n</i> (%)			
	No need	Met need	Unmet need	Not known
(1) Accommodation	60 (80.0)	12 (16.0)	3 (4.0)	—
(2) Household skills	21 (28.0)	49 (65.3)	5 (6.7)	—
(3) Food	26 (34.7)	44 (58.7)	5 (6.7)	—
(4) Self-care	39 (52.0)	31 (41.3)	5 (6.7)	—
(5) Caring for other	66 (88.0)	9 (12.0)	—	—
(6) Daytime activities	26 (34.7)	19 (25.3)	30 (40.0)	—
(7) Memory	12 (16.0)	61 (81.3)	2 (2.7)	—
(8) Eyesight/hearing	24 (32.0)	47 (62.7)	4 (5.3)	—
(9) Mobility	45 (60.0)	29 (38.7)	1 (1.3)	—
(10) Continence	45 (60.0)	24 (32.0)	6 (8.0)	—
(11) Physical health	2 (2.7)	70 (93.3)	3 (4.0)	—
(12) Drugs	51 (68.0)	21 (28.0)	3 (4.0)	—
(13) Psychotic symptoms	61 (81.3)	12 (16.0)	2 (2.7)	—
(14) Psychological distress	14 (18.7)	54 (72.0)	7 (9.3)	—
(15) Information	20 (26.7)	53 (70.7)	2 (2.7)	—
(16) Safety (deliberate self-harm)	57 (76.0)	16 (21.3)	2 (2.7)	—
(17) Safety (accidental self-harm)	59 (78.7)	11 (14.7)	5 (6.7)	—
(18) Abuse/neglect	75 (100)	—	—	—
(19) Behaviour	66 (88.0)	6 (8.0)	3 (4.0)	—
(20) Alcohol	71 (94.7)	4 (5.3)	—	—
(21) Company	34 (45.3)	33 (44.0)	8 (10.7)	—
(22) Intimate relationships	64 (85.3)	7 (9.3)	4 (5.3)	—
(23) Money	36 (48.0)	36 (48.0)	3 (4.0)	—
(24) Benefits	56 (74.7)	9 (12.0)	10 (13.3)	—
(A) Carer's need for information	35 (46.7)	16 (21.3)	1 (1.3)	23 (30.7)
(B) Carer's psychological distress	13 (17.3)	34 (45.3)	5 (6.7)	23 (30.7)

suggest the existence of a high level of psychological distress in carers of patients with dementia, when compared to carers of patients with other chronic diseases [30–33]. In relation to the information and training needs of carers of elderly people with dementia, there is only a marginally significant association between the presence of these needs and the diagnosis of dementia, $X^2(2) = 5.82$, $P = .055$, verifying that, in this case, there is a tendency 41% of carers of elderly people with dementia registering global information needs. These data are also coherent with other studies that indicate that a high number of carers of people with dementia have information needs [34]. In this regard, other authors [35] state that in dementia lack of information may be a reason to use the health service, since many families surveyed do not understand executive deficits the meaning of an apraxia or delusional symptomatology.

4. Conclusions

This study shows a large deficit at the level of daytime activities associated with the progressive worsening of cognitive and functional deterioration in older people, resulting in the loss of levels of autonomy and the capability to satisfy their

own needs. It also reveals a high prevalence of dementia in the elderly associated with a wide range of needs related to memory, personal safety, satisfying basic and instrumental daily living activities, and psychological distress (in both the elderly and the caregivers).

The high overall number of needs of the elderly with dementia and the high level of psychological distress of their carers highlight the importance of taking into account the suffering of carers and the need to provide supportive interventions to maintain their emotional well being and enable them to provide high quality care. Despite the attention paid to the role of families in the care of patients with dementia, carers still express low levels of knowledge about the disease and high levels of psychological distress. In this sense, much more must be done to improve information on the disease, training in appropriate skills for cognitive disorders and behavioural management, and possible psychological support.

The results also suggest the need to structure activities and interventions, maximizing the potential of each person, encouraging abilities, and preventing progressive deterioration of elderly people's skills in order to improve their independence and quality of life.

Acknowledgments

The authors acknowledge the opportunity created by the Alto Minho Local Health Unit (ULSAM, EPE), Northern Portugal, for the realization of this study. Similarly, they recognize the contribution made by professionals in the Department of Psychiatry and Mental Health without whom it would not have been possible to pursue the aims and objectives of the study.

References

- [1] L. Fernandes, M. Gonalves-Pereira, A. Leuschner et al., "Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal," *International Psychogeriatrics*, vol. 21, no. 1, pp. 94–102, 2009.
- [2] M. S. Mayor, O. Ribeiro, and C. Paúl, "Satisfaction in dementia and stroke caregivers: a comparative study," *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 17, no. 5, pp. 620–624, 2009.
- [3] T. R. B. Benedetti, L. J. Borges, E. L. Petroski, and L. H. T. Gonçalves, "Atividade física e estado de saúde mental de idosos," *Revista Saúde Pública*, vol. 42, no. 2, pp. 302–307, 2008.
- [4] T. A. Marra, L. S. M. Pereira, C. D. C. M. Faria, D. S. Pereira, M. A. A. Martins, and M. G. A. Tirado, "Avaliação das actividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência," *Revista Brasileira de Fisioterapia*, vol. 11, no. 4, pp. 267–273, 2007.
- [5] C. Paúl, "Old-old people: major recent findings and the European contribution to the state of the art," in *Geropsychology: European Perspectives for an Ageing World*, R. Fernández-Ballesteros, Ed., pp. 128–144, Hogrefe and Huber, Gottingen, Germany, 2007.
- [6] R. M. C. Rodrigues, *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços [Dissertação de Doutoramento]*, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2007.
- [7] P. B. Baltes and J. Smith, "Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade," *A Terceira Idade*, vol. 17, no. 36, pp. 7–31, 2006.
- [8] M. Gonçalves-Pereira, L. Fernandes, A. Leuschner et al., "Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly): desenvolvimento e dados preliminares," *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 25, pp. 7–18, 2007.
- [9] R. Mateos, M. Ybarzábal, M. Garcia, M. Amboage, and I. Fraguera, "Spanish CANE: validation study and utility in epidemiological surveys," in *CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly*, M. Orrell and G. Hancock, Eds., pp. 21–28, Gaskell, London, UK, 2004.
- [10] M. Orrell and G. Hancock, *CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly*, Gaskell, London, UK, 2004.
- [11] T. Reynolds, G. Thornicroft, M. Abas et al., "Camberwell assessment of need for the elderly (CANE). Development, validity and reliability," *British Journal of Psychiatry*, vol. 176, pp. 444–452, 2000.
- [12] A. C. Hart, M. S. Stegman, and B. Ford, *ICD-9-CM, 2010 Professional for Hospitals: International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification*, vol. 1–3, Ingenix, Salt Lake City, Utah, USA, 6th edition, 2009.
- [13] M. F. Folstein, S. E. Folstein, and P. R. McHugh, "Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician," *Journal of Psychiatric Research*, vol. 12, no. 3, pp. 189–198, 1975.
- [14] K. I. Shulman, R. Shedletsky, and I. L. Silver, "The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly," *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 1, pp. 135–140, 1986.
- [15] J. A. Yesavage, T. L. Brink, and T. L. Rose, "Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report," *Journal of Psychiatric Research*, vol. 17, no. 1, pp. 37–49, 1983.
- [16] W. W. Zung, "A rating instrument for anxiety disorders," *Psychosomatics*, vol. 12, no. 6, pp. 371–379, 1971.
- [17] F. I. Mahoney and D. W. Barthel, "Functional evaluation: the barthel index," *Maryland State Medical Journal*, vol. 14, pp. 56–61, 1965.
- [18] M. P. Lawton and E. M. Brody, "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living," *Gerontologist*, vol. 9, no. 3, pp. 179–186, 1969.
- [19] M. Graffar, "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population," *Courrier*, vol. 6, pp. 455–459, 1956.
- [20] M. Guerreiro, *Contributo da neuropsicologia para o estudo das demências [Dissertação de Doutoramento]*, Faculdade de Medicina de Lisboa, 1998.
- [21] J. Morgado, C. S. Rocha, C. Maruta, M. Guerreiro, and I. P. Martins, "New normative values of Mini-Mental State Examination," *Sinapse*, vol. 9, no. 2, pp. 10–16, 2009.
- [22] J. Cacho, R. García-García R, J. Arcaya, J. L. Vicente, and N. Lantada, "Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer," *Revista Neurologia*, vol. 28, no. 7, pp. 648–655, 1999.
- [23] J. Barreto, A. Leuschner, F. Santos, and M. Sobral, *Escala de Depressão Geriátrica: Tradução Portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al.*, Grupo Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, Lisboa, Portugal, 2003.
- [24] A. V. Serra, E. Ponciano, and J. Relvas, "Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população portuguesa—II.-Sua avaliação como instrumento de medida," *Psiquiatria Clínica*, vol. 3, no. 4, pp. 203–213, 1982.
- [25] F. Araújo, J. L. P. Ribeiro, A. Oliveira, and C. Pinto, "Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados," *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 25, no. 2, pp. 59–66, 2007.
- [26] F. Araújo, J. L. P. Ribeiro, A. Oliveira, C. Pinto, and T. Martins, "Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados," in *Actas do 7 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 655–659, Universidade do Porto, 2008.
- [27] L. Fernandes, *Factores biopsicológicos e dinâmica familiar na doença asmática [Tese de Doutoramento]*, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2004.
- [28] W. Houtjes, B. van Meijel, D. J. H. Deeg, and A. T. F. Beekman, "Unmet needs of outpatients with late-life depression; a comparison of patient, staff and carer perceptions," *Journal of Affective Disorders*, vol. 134, no. 1, pp. 242–248, 2011.
- [29] C. Miranda-Castillo, B. Woods, K. Galboda, S. Oomman, C. Olojugba, and M. Orrell, "Unmet needs, quality of life and support networks of people with dementia living at home," *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 8, article 132, 2010.
- [30] J. M. García-Alberca, B. Cruz, J. P. Lara et al., "Disengagement coping partially mediates the relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of people

- with Alzheimer's disease. Results from the MÁLAGA-AD study," *Journal of Affective Disorders*, vol. 136, no. 3, pp. 848–856, 2012.
- [31] J. R. Day and R. A. Anderson, "Compassion fatigue: an application of the concept to informal caregivers of family members with dementia," *Nursing Research and Practice*, vol. 2011, Article ID 408024, 10 pages, 2011.
- [32] B. Schoenmakers, F. Buntinx, and J. Delepeleire, "Supporting the dementia family caregiver: the effect of home care intervention on general well-being," *Aging and Mental Health*, vol. 14, no. 1, pp. 44–56, 2010.
- [33] C. Cooper, T. B. S. Balamurali, A. Selwood, and G. Livingston, "A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia," *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 22, no. 3, pp. 181–188, 2007.
- [34] E. Rosa, G. Lussignoli, F. Sabbatini et al., "Needs of caregivers of the patients with dementia," *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 51, no. 1, pp. 54–58, 2010.
- [35] M. Gonçalves-Pereira and D. Sampaio, "Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública," *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 29, no. 1, pp. 3–10, 2011.

3.6. Needs in older people with mental health problems: Portuguese psychiatric setting. Aging & Mental Health (em preparação).

FONTES DE INDEXAÇÃO | INDEXING SOURCES

Aging & Mental Health is indexed in AgeInfo; AgeLine; Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature; Current Contents/Social & Behavioral Sciences; EMBASE/Excerpta Medica; International Bibliography of Social Sciences (IBSS); Linguistics & Language Behaviour Abstracts; Index Medicus/MEDLINE; PsycINFO/PsychLIT; Research Alert; SCI (Science Citation Index); Scopus; Social Care Online; Social Sciences Citation Index; Social Scisearch; Social Services Abstracts; and Sociological Abstracts.

Needs in older people with mental health problems: Portuguese psychiatric setting

Abstract

Objectives: This study aims to identify met and unmet needs and their relationship with socio-demographic, clinical and functional characteristics in older people with mental health problems. **Method:** A sample of 306 elderly patients ≥ 65 years, of both sexes, diagnosed with mental illness (using ICD-9 criteria), was recruited from the Department of Psychiatry and Mental Health, inpatient and outpatient settings in a Health Unit in northern Portugal. Patients were assessed with the Camberwell Assessment of Need for the Elderly/CANE, Mini Mental State Examination/MMSE, Clock Draw Test/CDT, Geriatric Depression Scale/GDS, Zung Anxiety Scale/ZAS, Barthel Index/BI and Lawton & Brody Index/LI. **Results:** The main diagnoses were depression (33.7%), dementia (24.5%) and schizophrenia (12.7%). Most patients had no cognitive impairment in MMSE (52.6%), but in CDT (68.4%). In majority they had depression (GDS 64.7%) and anxiety (ZAS 57.6%), as well as dependence (BI 51.3%; LI 83.3%). The main unmet needs found were daytime activities (46.7%), psychological distress (25.8%), memory (13.4%), benefits (11.4%) and company (8.2%). Patients with dementia had a higher number of global needs (met and unmet). The majority of the carers (65.1%) had global needs in terms of psychological distress and 20.3% according to need of information.

The global needs were correlated positively with GDS ($r_s=0.39$) and negatively with MMSE, CDT, BI and LI ($r_s= -0.69$, $r_s= -0.52$, $r_s= -0.76$, $r_s= -0.86$, respectively).

Conclusion: Cognitive deficits, dementia, higher depression and lower functionality were associated with a greater number of needs. These results also suggested that it is important to create a focused intervention supporting and covering carers and patient needs in order to decrease their suffering and improve their quality of life.

Keywords: needs assessment; mental health; aged; geriatric psychiatry

Introduction

A unique demographic evolution is taking place in human history and the aging of the population constitutes an irreversible phenomenon in modern industrial societies. This brings a lot of demands and challenges to which our societies have to respond. This demographic evolution is established as a dominant tendency in population dynamics, particularly, in the context of the European Union. Portugal presents one of the greatest aging indexes, as well as one of the greatest dependency rates, increasing in less than 15 years to 26% (National Institute of Statistics, 2012).

Moreover, Portuguese elderly people are homogeneously characterized with great levels of isolation, loneliness, illness, poverty and even social exclusion. These conditions occur cumulatively with a set of problems related to physical and mental illness, which need to be considered in the global care for older people.

In this framework, mental disorder gains particular emphasis, with the majority of the studies suggesting a significant occurrence of depressive symptoms in the elderly. Depression is described as an incapacitating disease, with consequences for the overall functioning of the patient and for those who care and meet the needs of the elderly (Ayis, Paúl & Ebrahim, 2010; Benedetti, et al., 2008; Snowden, 2002). Similarly, dementia is a clinical condition whose prevalence increases significantly with ageing, associated with cognitive, psychological and behavioural symptoms that make it one of the most common causes of disability (Baltes & Smith, 2006; Fernandes et al., 2009; Paúl, 2007; Sotto Mayor, Ribeiro & Paúl, 2009). In order to give more autonomy and well-being to the elderly, it is imperative to develop an accurate assessment of their problems and needs, both individually and in a social context, based on the biopsychosocial model (Engel, 1977). A multidimensional approach should be implemented, based not only on biomedical and biopsychological factors, but also on social and functional information as well as on existing resources (Deck & Machleidt, 2004; Fernandes, et al., 2009; Mateos et al., 2004; Orrell & Hancock, 2004).

The frequent coexistence of disability, physical and mental illness and social problems means that older people often have complex needs, some of which may be long-term and require comprehensive and systematic assessment (Orrell & Hancock, 2004). In this sense, somatic, psychological and social factors cannot be looked at separately, so that its consideration as a whole is critical to maintaining independence, to determine the need for care and to achieve maximum quality of life (Orrell & Hancock, 2004).

The Portuguese National Mental Health Plan (2007/2016) recommends that the accurate assessment of patients' social functioning should include a full needs assessment. However, little is known about the needs of older people with mental health problems in Portugal (Fernandes *et al.*, 2009). This identification of need in older people with mental

health problems requires the use of adequate instruments, such as the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) a widely-used multidimensional evaluation tool (Fernandes et al., 2009; Gonçalves-Pereira et al., 2007; Mateos et al., 2004; Orrell & Hancock, 2004; Reynolds et al., 2000). Also, this instrument is suitable for use as an outcome measure and includes the various perspectives of the patient, carer and staff, allowing subjectivity when considering need. Ratings based on all of this information gathered throughout the assessment allow difficulties associated with elderly people with mental health problems to be overcome, giving greater credibility to the assessment process (Orrell & Hancock, 2004; Mateos et al., 2004). The validation studies in Portugal indicate that the CANE has excellent validity, as well as good reliability, for the Portuguese population, making this a promising tool for research and practical use in national old age settings (Fernandes *et al.*, 2009; Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007). The CANE had been suggested for use as an overview and as a comprehensive tool, but it was felt that with the addition of a short anxiety/depression scale and the Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein *et al.*, 1975), it would function effectively as a screening tool for the specialist service (Orrell & Hancock, 2004).

In spite of this no consensus on the definition of need has yet been achieved. This concept has been the target of multiple approaches, and specifically in the field of healthcare many different terminologies have been used. The discrepancy in relation to the definition in literature may be due to the different backgrounds and conceptual frameworks of the various disciplines that use the term. In the context of the present, a need is accepted as a significant problem, for which it is expected that there is an appropriate intervention that could help or alleviate the problem (Orrel & Hancock, 2004). This assumption is based on interventions or treatments that are available to address a specific problem or need. So, such a definition of need has the advantage of being able to separate needs into those that are presently met and those that are not met. In this point of view a need is considered met when there is a moderate or serious problem for which the individual is receiving an appropriate and effective intervention. In the same line, an unmet need is a significant and serious problem requiring intervention or assessment, which is currently receiving no assistance or assistance that is inadequate or insufficient. This study aims to identify the met and unmet needs of elderly people with mental health problems from different perspectives (patient, carer and staff) and to analyze the relationships between those and socio-demographic, cognitive, functional and psychological factors, as well as clinical psychiatric diagnosis.

Methods

Participants

A sample of 306 elderly patients aged ≥ 65 years, of both sexes, was recruited from inpatients and outpatients in the Department of Psychiatry and Mental Health (DPSM), in the Local Health Unit of the Alto Minho (ULSAM, EPE), in northern Portugal, with a psychiatric diagnosis, according to the International Classification of Diseases/ICD-9 (Buck, 2011; World Health Organization, 1978).

The exclusion criteria were: blind/deaf, severe impairment in communication and not a Portuguese speaker.

The patients included were assessed with measures described above and according to sociodemographic characteristics, including Graffar's Social Classification/GSC (Graffar, 1956; Fernandes, 2004).

Somatic comorbidities were classified using Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics/CIRS-G (Miller et al., 1992) and the total number of psychotropic medications, the total number of general medications and the global number of both was all taken into account. Also, the concept of poly-medication, both classified as minor (2-4 medications) and major (5 or more medications) was considered (Bejerrum, Sóggaard, Hallas, & Krastrup, 1998).

Measures

The protocol research included the Portuguese versions of the instruments.

1. Needs assessment - Camberwell Assessment of Need for the Elderly/CANE (Orrel & Hancock, 2004; Fernandes *et al.*, 2009), that covers 24 areas of need for the patient/user and two areas for the carer, and includes ratings for staff, patient/user and carer's views of needs. Each item is scored as follows: 0=no need, 1=met need, and 2=unmet need. CANE also assesses the informal/formal support that the user receives. A further advantage was that it appeared relatively simple to use, with an easy scoring system and a clear layout. Attending to these objectives, only a first section was used. The CANE was given as a structured interview to the patients, their informal carer, staff, and evaluator from items 1 to 24, A and B sections.
2. Cognitive assessment - Mini-mental State Examination/MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Guerreiro, 1998), using the recent cut-off values for cognitive deficit: 0–2 school years ≤ 22 ; 3–6 school years ≤ 24 ; 7 or more school years ≤ 27 (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009) and the Clock Draw Test/CDT (Shulman, Shedletsky, & Silver, 1986) with the coding system proposed

by Cacho, García-García, Arcaya, Vicente, & Lantada (1999) (scores 0–10: >6 normal; ≤6 abnormal), since the Portuguese version is still in development.

3. Psychological assessment - Geriatric Depression Scale/GDS-15 item (Yesavage et al., 1983; Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2003), for depression and Zung Anxiety Scale/ZAS (Zung, 1971; Serra, Ponciano, & Relvas, 1982) for anxiety were used.
4. Functionality assessment - Barthel Index/BI (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) for basic daily living activities, with the following cut-off: 0–20: total independence 20; moderate dependence 13–19; severe dependence 9–12; total dependence 0–8. For instrumental daily living activities the Lawton & Brody Index/LI (Lawton & Brody, 1969; Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2008), with the cut-off 0–23: total independence 23; some level of dependence < 23, were administered.

Procedure

Participants were identified by the researcher through a list of appointments scheduled in a sample of outpatients and for the inpatients admitted to the mental health services. Despite the assessment being planned, some patients were absent in the health unit and had to be assessed in their homes or in nursing homes due to physical or health problems.

The researcher gave information about the study and obtained informed consent from all patients and/or carers.

The researcher also identified a suitable member of staff and a primary caregiver to give information to about patients in CANE, with the protocol administered to the elderly in the form of a semi-structured interview, including CANE, which was applied separately to caregivers and professionals.

In this study, 32 inpatients and 274 outpatients were assessed during the period from January to September 2012. From these, 5 patients were not assessed because they did not meet all the inclusion criteria, 2 patients refused to participate in the study and the other 2 dropped out during the evaluation due to emotional instability. Also, 212 informal carers were interviewed and 306 reports from the staff members (psychiatrists, psychologists, social workers, and psychiatric nurses) were obtained.

The socio-demographic and clinical characterization was obtained from clinical nursing registration.

Ethical considerations

In the development of this study, all procedures concerning ethical approval were obtained from the ethics committee and from the board of the institution where the study was held. All the necessary measures to safeguard participants' anonymity and confidentiality of information were also thoroughly followed.

Data analysis

Patient and carer characteristics are described using raw frequencies and percentages for categorical variables, mean and standard deviation (SD) for continuous variables, when normal distributions could be assumed, and median, range and percentiles 25 and 75, when normality could not be assumed. Needs assessments using CANE were analyzed using number and percentage for each category (no need, met need, unmet need and missing data) and for each item, and calculating the total scores corresponding to the total sum of met needs, total sum of unmet needs and total sum of met or unmet needs. Box plots presenting median, inter-quartile range, minimum and maximum for CANE total scores and assessed by patient carer and staff are presented. Means and standard deviation, median, range and percentiles 25 and 75 were calculated for each total score.

Correlational analyses were carried using the Spearman Correlation Coefficient, when analyzing associations between ordinal or scale variables, and using the Chi-Square test when examining the relation between ordinal or scale variables and categorical ones. Inferential statistical analyses were conducted using the non-parametric Mann-Whitney test, when comparing two independent groups, and the Kruskal-Wallis test, when three or more independent groups were being compared. Furthermore, in this latter test, follow up Mann-Whitney tests were carried out, and the Bonferroni correction applied, in order to examine which groups were differing.

The significance level of $\alpha = 5\%$ was considered for all hypothesis tests. The statistical analyses were performed using the IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 20.0.

Results

In this study, 306 patients were included in a convenience sample, with ages ranging between 65 and 89 ($M = 74.01$, $SD = 6.3$), majority females (73.9%), married or cohabiting (45.1%) and living with their partner (44.1%) in rural areas (55.6%). Education ranged between 0 and 17 years ($M = 3.03$, $SD = 2.62$), with 24.5% illiterate and the majority (67.6%) had with primary school education. Also, the majority of the participants belonged to a low SES (90.5%). About 70.0% of the elderly had an informal carer and 71.2% of those lived with them. Only 7.5% of the elderly were also carers.

Concerning clinical characterization, the most common diagnosis was depression (33.7%), followed by dementia (24.5%) and 94.8% with somatic comorbidity. Attending outpatient facilities was 89.5%. More detailed sociodemographic characteristics are presented in Table 1.

Table 1. Socio-demographic and clinical characteristics of patients

Characteristics	<i>n</i> = 306
Age (years):	74.01 (SD = 6.03; range 65-89)
Education (years):	3.03 (SD = 2.62; range 0-17)
Gender: <i>n</i> (%)	
Male	80 (26.1)
Female	226 (73.9)
Marital status: <i>n</i> (%)	
Single	54 (17.6)
Married/Common-law	138 (45.1)
Divorced/Separated	20 (6.6)
Widowed	94 (30.7)
Living situation: <i>n</i> (%)	
Alone	53 (17.3)
With partner	135 (44.1)
With other relatives	67 (21.9)
With others	51 (16.7)
Status at interview: <i>n</i> (%)	
Inpatient	32 (10.5)
Outpatient	274 (89.5)
Psychiatric diagnosis: <i>n</i> (%)	
Depressive disorder	103 (33.7)
Dementia	75 (24.5)
Bipolar disorder	22 (7.2)
Schizophrenia and other psychoses	39 (12.7)
Adjustment disorder	31 (10.1)
Anxiety disorder	24 (7.8)
Other ¹	12 (3.9)
Somatic comorbidity: <i>n</i> (%)	
Yes	290 (94.8)
No	16 (5.2)
Graffar social classification: <i>n</i> (%)	
Class I – Very high	1 (0.3)
Class II – High	6 (2.0)
Class III – Median	8 (2.6)
Class IV – Low	14 (4.6)
Class V – Very low	277 (90.5)
Geographical area: <i>n</i> (%)	
Urban	82 (26.8)
Suburban	54 (17.6)
Rural	170 (55.6)
Has a carer? <i>n</i> (%)	
Informal carer	212 (69.3)
Formal carer	41 (13.4)
No carer	53 (17.3)
Lives with carer? <i>n</i>(%) (<i>n</i>=212)	
Yes	151 (71.2)
No	61 (28.8)
Is also a carer? <i>n</i>(%)	
Yes	23 (7.5)
No	283 (92.5)

¹ Other includes alcohol dependence, mental retardation, personality disorder, sleep disorder and delirium

Of the 212 assessed informal carers (Table 2), the majority (64.2%) were females, married or cohabiting (75.4%) and whose ages ranged between 21 and 83 years ($M = 57.84$, $SD = 15.03$). They were mainly husband/wife (38.2%) and adult children (33.0%). The majority were primary carers (99.5%).

Table 2. Socio-demographic characteristics of informal carers

Characteristics	<i>n</i> = 212
Age (years)	57.84 (SD = 15.03; range 21-83)
Gender <i>n</i> (%)	
Male	76 (35.8)
Female	136 (64.2)
Marital status <i>n</i> (%)	
Single	31 (14.6)
Married/Common law	160 (75.4)
Divorced/Separated	11 (5.2)
Widowed	10 (4.7)
Primary carer <i>n</i> (%)	
Yes	211 (99.5)
No	1 (0.5)
Family carer <i>n</i> (%)	
Adult Children	70 (33.0)
Husband/Wife	81 (38.2)
Brother/Sister	20 (9.4)
Other	21 (9.9)
Unrelated	20 (9.4)

Needs Assessment

Needs rated by evaluator

The CANE results, in the evaluator's perspective, included the assessments of all of the participants ($n = 306$). The total of needs ranged between 1 and 17 (Median = 9.00), with a mean of 6.96 for met needs (Median = 7.00, range 1-14) and 1.69 for unmet needs (Median = 1.00, range 0-12). The most frequent met needs were those of physical health (87.6%), household skills (66.3) and information (66.0%). Regarding the unmet needs, daytime activities (46.7%), psychological distress (25.8%) and memory (13.4%) were the most common (Table 3).

Table 3. Levels of need, as rated by the evaluator

Items/domains	Needs identified					
	No need		Met need		Unmet need	
	N	%	N	%	N	%
1. Accommodation	283	(92.5)	14	(4.6)	9	(2.9)
2. Household skills	80	(26.1)	203	(66.3)	23	(7.5)
3. Food	100	(32.7)	189	(61.8)	17	(5.6)
4. Self-care	188	(61.4)	105	(34.3)	13	(4.2)
5. Caring for other	295	(96.4)	11	(3.6)	---	---
6. Daytime activities	99	(32.4)	64	(20.9)	143	(46.7)
7. Memory	115	(37.6)	150	(49.0)	41	(13.4)
8. Eyesight/hearing/communication	213	(69.6)	76	(24.8)	17	(5.6)
9. Mobility/falls	244	(79.7)	53	(17.3)	9	(2.9)
10. Continence	202	(66.0)	98	(32.0)	6	(2.0)
11. Physical health	32	(10.5)	268	(87.6)	6	(2.0)
12. Drugs	146	(47.7)	139	(45.4)	21	(6.9)
13. Psychotic symptoms	261	(85.3)	26	(8.5)	19	(6.2)
14. Psychological distress	35	(11.4)	192	(62.7)	79	(25.8)
15. Information	90	(29.4)	202	(66.0)	14	(4.6)
16. Safety (deliberate self-harm)	281	(91.8)	18	(5.9)	7	(2.3)
17. Safety (accidental self-harm)	240	(78.4)	51	(16.7)	15	(4.9)
18. Abuse/neglect	302	(98.7)	1	(0.3)	3	(1.0)
19. Behaviour	287	(93.8)	17	(5.6)	2	(0.7)
20. Alcohol	295	(96.4)	10	(3.3)	1	(0.3)
21. Company	243	(79.4)	38	(12.4)	25	(8.2)
22. Intimate relationships	278	(90.8)	21	(6.9)	7	(2.3)
23. Money/budgeting	135	(44.1)	166	(54.2)	5	(1.6)
24. Benefits	252	(82.4)	19	(6.2)	35	(11.4)
Total score of patients' needs	4696	(64.0)	2131	(29.0)	517	(7.0)
A. Carer's need for information	169	(79.7)	33	(15.6)	10	(4.7)
B. Carer's psychological distress	74	(34.9)	87	(41.0)	51	(24.1)

Needs rated by patients

The total average of needs was 7.88 (Median = 8.00, range 0-16), and 7.37 for met needs (Median = 8.00; range 0-16) and 0.51 for unmet needs (Median = 0.00, range 0-7). The most frequent met needs were physical health (88.2%), household skills (69.9%) and psychological distress (69.3%). The most common unmet needs were psychological distress (15.0%) daytime activities (10.5%) and benefits (6.5%).

Needs rated by carers

Regarding the carers, only 212 completed the CANE. The total average of needs was 9.16 (Median = 10.00, range 1-17), and 7.84 for met needs (Median = 8.00, range 1-15) and 1.32 for unmet needs (Median = 1.00, range 0-8). The most frequent met needs were physical health (88.7%), household skills (81.6%) and information (75.0%). On the other

hand, the most common unmet needs were daytime activities (41.0%), psychological distress (24.1%) and memory (16.0%).

Needs rated by staff

The CANE results concerning the staff's perspective include the assessment of all of the patients (n = 306). The total mean of needs was of 8.38 (Median = 9.00, range 1-16) and 6.80 for met needs (Median = 7.00, range 1-14) and 1.60 for unmet needs (Median = 1.00, range 0-12). The most common met needs were physical health (87.6%), information (65.7%) and psychological distress (62.7%), whereas the most frequent unmet needs were daytime activities (44.8%), psychological distress (25.8%) and memory (13.7%).

Comparison of the number of needs rated by patients, carers and staff

Patients reported significantly lower unmet needs than carers and staff ($Z = -8.58$, $p < .001$; $Z = -11.07$, $p < .001$, respectively). Also, carers identified lower unmet needs than the staff ($Z = -7.20$, $p < .001$). Patients identified lower global needs than carers and staff ($Z = -7.57$, $p < .001$; $Z = -4.97$, $p < .001$, respectively), and carers identify more global needs than the staff ($Z = -3.92$, $p < .001$) (Figure 1).

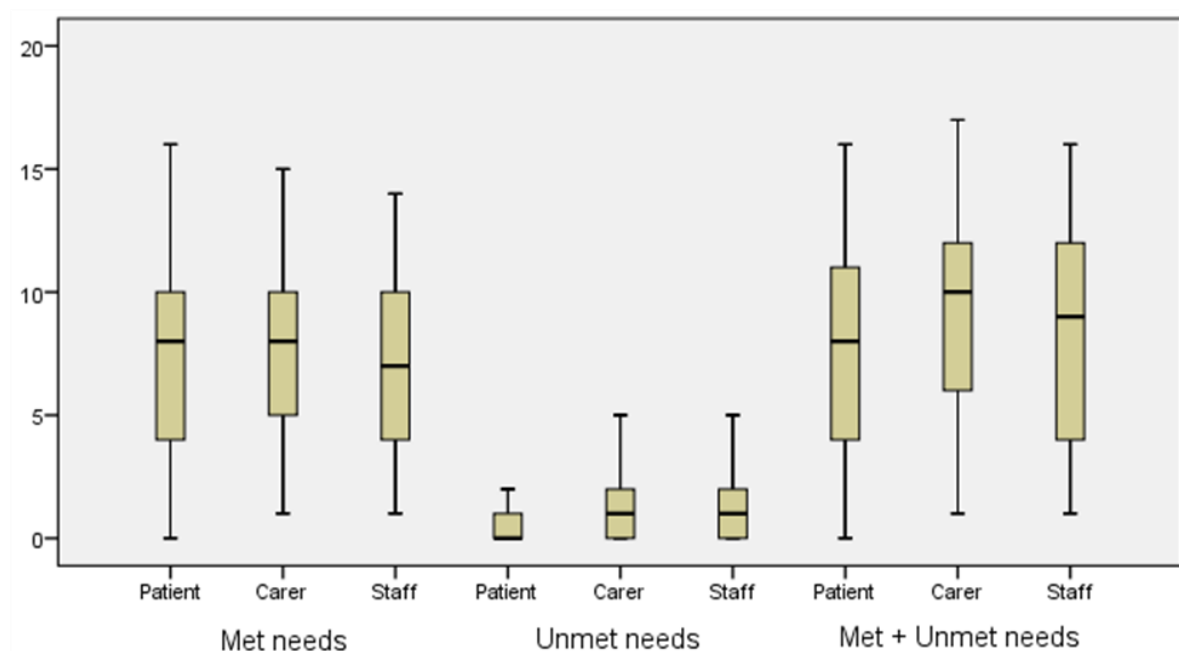


Figure 1. Box plots of total scores of needs (median, interquartile range, minimum and maximum)

Needs and sociodemographic characteristics

Significant positive associations were found between patients' age and CANE's reports of met, unmet and global needs ($r_s = .33$, $p < .001$, $r_s = .14$, $p = .014$ and $r_s = .34$, $p < .001$, respectively), meaning older patients had more needs. Also, significant differences were

found when comparing patients who were between 65 and 79 years with those over 80 years, where the former had more met, unmet and global needs (Table 4).

Table 4. Needs according patients age groups

CANE	65-79 years (n=248)			> 80 years (n=58)			p
	Median	Percentiles		Median	Percentiles		
	M _e	25	75	M _e	25	75	
Met needs	6.00	4.00	9.75	9.00	6.00	11.00	< .001
Unmet needs	1.00	.00	2.00	1.50	.75	4.00	.012
Global needs	8.00	4.00	11.00	11.50	9.75	14.00	< .001
Mann Whitney tests							

Mann Whitney tests

No Gender differences were found regarding patients' met, unmet and global needs. On the other hand, significant negative associations were found between patients' education and CANE's reports of met, unmet and global needs ($r_s = -.27$, $p < .001$, $r_s = -.22$, $p < .001$ and $r_s = -.31$, $p < .001$, respectively), meaning more years of education had less met, unmet and global needs. Also, data analysis revealed significant differences concerning the four education levels (Table 5), with fewer needs recorded for better-educated patients.

Table 5. Patients' needs concerning education levels

Education years	Met needs			Unmet needs			Global needs		
	Median	Percentiles		Median	Percentiles		Median	Percentiles	
	<i>M_e</i>	25	75	<i>M_e</i>	25	75	<i>M_e</i>	25	75
Without education (n=76)	8.50	6.00	10.75	2.00	1.00	3.00	11.00	8.00	12.00
1-4 years of education (n=207)	7.00	4.00	10.00	1.00	0.00	2.00	9.00	4.00	12.00
5-9 years of education (n=13)	6.00	3.00	7.00	1.00	0.00	1.50	7.00	3.50	10.00
10 or more years (n=10)	4.50	2.00	7.00	0.00	0.00	2.00	4.50	3.50	10.50
	$p = .003$			$p = .005$			$p < .001$		

Kruskall-Wallis tests

In this sample, marital status is not a clarifying variable because the majority of patients in each category live with someone else, independent of their marital status (Table 6).

Table 6. Distribution of patient's marital status

Marital status	Alone		With someone	
	65-79	over 80	65-79	over 80
Single	14,8%	3,7%	66,7%	14,8%
Married/Common-law	0,7%	0,0%	85,5%	13,8%
Divorced/Separated	35,0%	0,0%	60,0%	5,0%
Widowed	26,6%	10,6%	43,6%	19,1%

Patients living alone had fewer met and global needs, when compared to patients living with someone else. No differences were found regarding the ratings of unmet needs (Table 7).

Table 7. Differences of needs between patients living alone and living with someone

CANE	Alone(<i>n</i> =53)			With Someone(<i>n</i> =253)			<i>p</i>
	Median	Percentiles		Median	Percentiles		
	<i>M_e</i>	25	75	<i>M_e</i>	25	75	
Met needs	4.00	2.00	7.50	8.00	4.00	10.00	< .001
Unmet needs	2.00	0.00	3.50	1.00	0.00	2.00	.124
Global needs	7.00	3.00	11.00	10.00	5.00	12.00	< .010

Mann-Whitney tests

Significant differences were found concerning patients' needs, according to their habitation (Table 8). Patients living in apartments had fewer met and global needs, when compared to patients living in nursing homes ($Z = -5.75$, $p < .001$ and $Z = -3.59$, $p < .001$), but conversely had more unmet needs ($Z = -3.87$, $p < .001$). Also, patients living in houses had fewer met and global needs, when compared to patients living in nursing homes ($Z = -6.50$, $p < .001$ and $Z = -3.51$, $p < .001$), but conversely had more unmet needs ($Z = -4.81$, $p < .001$).

Table 8. Patients' needs according to their habitation

Habitation	Met needs			Unmet needs			Global needs		
	Median	Percentiles		Median	Percentiles		Median	Percentiles	
	<i>M_e</i>	25	75	<i>M_e</i>	25	75	<i>M_e</i>	25	75
Living in apartments (<i>n</i> =29)	5.00	3.00	7.50	2.00	0.00	2.50	7.00	3.50	10.50
Living at houses (<i>n</i> =235)	6.00	4.00	9.00	1.00	0.00	3.00	9.00	4.00	12.00
Nursing home (<i>n</i> =42)	11.00	8.00	12.00	0.00	0.00	1.00	11.00	9.75	12.00
	$p < .001$			$p < .001$			$p < .001$		

Kruskal-Wallis tests

No significant differences were found regarding patients' met, unmet and global needs, according to the geographical areas where they lived.

Concerning the patients' situation in respect to care setting (inpatient or outpatient), the results lead to the conclusion that inpatients had more met, unmet and global needs than outpatients (Table 9).

Table 9. Differences of patients' needs between inpatient and outpatient groups

CANE	Inpatient(<i>n</i> =32)			Outpatient(<i>n</i> =274)			<i>p</i>
	<i>Median</i>	<i>Percentiles</i>		<i>Median</i>	<i>Percentiles</i>		
	<i>M_e</i>	25	75	<i>M_e</i>	25	75	
Met needs	9.00	5.00	10.75	7.00	4.00	10.00	.027
Unmet needs	2.00	1.00	4.00	1.00	.00	2.00	.001
Global needs	11.00	9.00	14.00	9.00	4.00	12.00	.001

Mann-Whitney tests

Related to the type of carer (Table 10), patients who had an informal carer had more met, unmet and global needs, when compared to patients who had no carer ($Z = -7.27$, $p < .001$, $Z = -4.08$, $p < .001$ and $Z = -7.07$, $p < .001$). Also, patients who had a formal carer had more met and global needs, when compared to patients who had no carer ($Z = -7.61$, $p < .001$ and $Z = -6.91$, $p < .001$), and when compared to patients who had an informal carer ($Z = -5.89$, $p < .001$ and $Z = -2.41$, $p < .001$). Furthermore, patients who had a formal carer had fewer unmet needs, when compared to patients who had an informal carer ($Z = -5.71$, $p < .001$).

Table 10. Patients' needs according to the type of carer

Carer situation	Met needs			Unmet needs			Global needs		
	Median	Percentiles		Median	Percentiles		Median	Percentiles	
	<i>M_e</i>	25	75	<i>M_e</i>	25	75	<i>M_e</i>	25	75
No carer (<i>n</i> =53)	3.00	2.00	4.00	0.00	0.00	2.00	4.00	2.00	6.00
Informal carer (<i>n</i> =212)	7.00	5.00	10.00	2.00	1.00	3.00	10.00	6.00	12.00
Formal carer (<i>n</i> =41)	11.00	8.00	12.00	0.00	0.00	1.00	11.00	9.50	12.00
	$p < .001$			$p < .001$			$p < .001$		

Kruskall –Wallis tests

Finally, positive correlations were found between patients' Graffar scores and CANE's reports of met, unmet and global needs ($r_s = .19$; $p = .001$, $r_s = .17$; $p = .003$ and $r_s = .23$, $p < .001$, respectively), revealing that patients with higher Graffar scores had more met, unmet and global needs.

According to patients' needs and carers' sociodemographic characteristics (Table 11), patients who had female carers had more met needs. Patients whose carer was a husband/wife had fewer met needs, when compared to patients whose carer was a son/daughter, and when compared to patients whose carer was not related to them. Moreover, patients whose carer was a brother/sister had fewer met needs, when compared to patients whose carer was not related to them. No other significant differences were found.

Table 11. Relation between patients' needs and carer sociodemographic characteristics

Carers	<i>n</i> (%)	Met needs	Unmet needs	Global needs
Age¹		$r_s = -.06, p = .427$	$r_s = .09, p = .173$	$r_s = .03, p = .675$
Gender²				
Male	76 35.8	$p = .002$	$p = .365$	$p = .053$
Female	136 64.2			
Marital status³				
Single	31 14.6	$p = .325$	$p = .612$	$p = .416$
Married/Common law	160 75.4			
Divorced/Separated	11 5.2			
Widowed	10 4.7			
Kinship³				
Adult Children	70 33.0	$p = .001$	$p = .157$	$p = .016$
Husband/Wife	81 38.2			
Brother/Sister	20 9.4			
Other	21 9.9			
Unrelated	20 9.4			

¹ Spearman correlation coefficient; ² Mann-Whitney tests; ³ Kruskal-Wallis tests

Needs and clinical variables

Concerning the relationship between the clinical variables and global needs of the patients, the data analysis shows that the number of these needs is related by diagnosis, with patients with dementia having more needs (Table 12).

Table 12. Relation between patients' needs and medical diagnosis

Psychiatric diagnosis	Global needs		
	Median	Percentiles	
	M_e	25	75
Depressive disorder ($n=103$)	7.00	4.00	11.00
Dementia ($n=75$)	10.00	7.00	12.00
Bipolar disorder ($n=22$)	7.50	4.75	11.25
Sch. other psychoses ($n=39$)	9.00	7.00	12.00
Adjustment disorder ($n=31$)	5.00	4.00	8.00
Anxiety disorder ($n=24$)	4.50	1.00	10.75
Other ($n=12$)	8.00	6.50	10.00
		$p < .001$	

Kruskal-Wallis tests

According to patients somatic comorbidities (Table 13), negative correlations were found between the met and global needs and the relationship between patients' needs and the lower gastro-intestinal and musculoskeletal/integument CIRS-G categories. Furthermore, a positive correlation was found between CANE's reports of met and global needs and the patients' neurological CIRS-G category. Respectively to unmet needs, no significant correlations were found. Concerning the total number of the patients' comorbidities, no

significant correlations were found either between this score and the CANE's reports of met, unmet and global needs.

Table 13. Relation between patients' needs and somatic comorbidities

Somatic Comorbidities	Met needs		Unmet needs		Global needs	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Lower gastro-intestinal	-.14	.019	-.11	.056	-.16	.005
Musculoskeletal/integument	-.12	.036	-.07	.260	-.13	.020
Neurological	.17	.002	-.02	.752	.13	.027

Spearman correlation coefficient

Regarding medication used, positive correlations were found between CANE's reports of met needs and the total number of psychotropic medications, as well as with the total number of medication ($r_s = .15$, $p = .010$ and $r_s = .15$, $p = .008$, respectively). Also, positive significant correlations were found for global needs ($r_s = .15$; $p = .009$ and $r_s = .12$; $p = .032$, respectively). When comparing two groups (poly-medication minor and major), significant differences were found according met and global needs (Table 14). The patients with major poly-medication had more met and global needs. No significant differences were found concerning unmet needs.

Table 14. Patients' needs according poly-medication type

CANE	Poly-medication minor (n=63)			Poly-medication major (n=242)			Z	p
	Median		Percentiles	Median		Percentiles		
	M_e	25	75	M_e	25	75		
Met needs	6.00	3.00	8.00	7.00	4.00	10.00	-2.018	.044
Unmet needs	0.00	0.00	2.00	1.00	0.00	2.00	-1.940	.052
Global needs	7.00	4.00	12.00	10.00	6.00	12.00	-2.151	.031

Mann-Whitney tests

Needs and clinical rating scales results

Regarding the global results of the scales used (Table 15), the majority of patients had no cognitive deficit in MMSE (52.6%). In CDT, most of them presented deficit (68.4%). The GDS scores show that the majority of patients (64.7%) had depression and also 57.6% levels of anxiety, according to ZAS. Related to functionality, 51.3% of patients presented some level of dependence (moderate, severe and total dependence) on basic activities of daily living (BADL). A majority of patients (83.3%) were found to be dependent on the instrumental activities of daily living (IADL).

Table 15. Patients' scores on cognition, psychological and functionality variables.

Instruments	<i>n</i> = 306	Mean (SD)	Median	Range	CANE total needs
MMSE: <i>n</i> (%)					
Total Score		22.71 (6.02)	25.00	1-30	<i>r</i> _s = -.69 (<i>p</i> < .001)
Without cognitive deficit	161 (52.6)				
With cognitive deficit	145 (47.4)				
Clock Draw Test: <i>n</i>¹ (%)					
Total Score		4.65 (3.21)	4.00	0-10	<i>r</i> _s = -.52 (<i>p</i> < .001)
Normal	96 (31.6)				
Abnormal	208 (68.4)				
GDS²: <i>n</i> (%)					
Total Score		7.46 (3.83)	8.00	0-15	<i>r</i> _s = .39 (<i>p</i> < .001)
No depression	104 (35.3)				
Depression	191 (64.7)				
Zung Anxiety Scale: <i>n</i>²(%)					
Total Score		37.70 (5.82)	38.00	26-53	<i>r</i> _s = .09 (<i>p</i> = .152)
No anxiety	125 (42.4)				
Anxiety	50 (16.9)				
Anxiety pathological	120 (40.7)				
Barthel Index: <i>n</i> (%)					
Total Score		18.08 (3.35)	19.00	0-20	<i>r</i> _s = -.76 (<i>p</i> < .001)
Total independence	149 (48.7)				
Moderate dependence	138 (45.1)				
Severe dependence	10 (3.3)				
Total dependence	9 (2.9)				
Lawton Index: <i>n</i> (%)					
Total Score		13.12 (7.76)	14.00	1-23	<i>r</i> _s = -.86 (<i>p</i> < .001)
Total independence	51 (16.7)				
Some level of dependence	255 (83.3)				

Spearman correlation coefficient

Lower scores on MMSE, CDT, BI and LI correlated negatively with global needs (met and unmet) and high scores on GDS correlated positively with these needs. No significant correlations were found between the total score of ZAS and the global needs.

Discussion

Depressive disorder (33.7%) and dementia (24.5%) were the most common diagnoses in this study, which is in line with other surveys (Ashaye, Livingston & Orrell, 2003; Fernandes et al., 2009; Greaves, et al., 2006; Hancock, Reynolds, Woods, Thornicroft, & Orrell, 2003; Hoe, Orrell, Lambert, & Prettyman, 2004; Mateos et al., 2004; Reynolds, 2000). A larger number of global needs were associated with the diagnosis of dementia, a result also corroborated by other authors (Field, Walker & Orrell, 2004; Greaves, et al., 2006; Passos, Sequeira & Fernandes, 2012). The main met needs found in this sample were those of physical health, household skills, information, psychological distress and food, which is similar to other studies (Ashaye, Livingston, & Orrell, 2004; Fernandes et al., 2009; Gonçalves-Pereira et al., 2007; Greaves et al., 2006; Hancock et al., 2003). Regarding the unmet needs, the most common were those of daytime activities, psychological distress, memory, benefits and company, which was also identified by the above-mentioned authors, as well as by Hoe et al. (2004). Regarding the carers, the majority presented global needs in terms of psychological distress, and 24.1% of those needs were unmet. The needs for information were fewer; however, 20.3% of the carers presented global needs in this domain. The majority of the research (Fernandes et al, 2009; Hoe et al, 2004; Passos et al, 2012; Reynolds et al, 2000; Walters et al, 2000) does not identify a significant number of needs for information, which is consistent with the findings of the present investigation. However, regarding psychological distress, despite some authors not presenting significant results in this domain, others have verified the existence of a great number of these global needs (Fernandes et al., 2009; Gonçalves-Pereira et al., 2007; Reynolds et al., 2000; Sousa et al., 2009).

In the present study it was found that, in relation to the daytime activities and psychological distress of the patients and psychological distress of the carer, the number of unmet and global needs was higher than those found in other studies and in relation to the pilot study developed before (Passos et al., 2012). This might be related to the fact that in Portugal there is an inadequate social network to give more support to the carers, a scenario which has been deteriorating due to the economic crisis, leading to the reduction in answers to those needs, namely social support and to the decrease in the structured support given to the elderly and their carers.

Regarding the needs identified by the patients, informal carers and staff, significant differences were found in the number of reported needs. In the present study, patients identified fewer unmet and global needs than their carers and staff, a result previously reported by other authors (Fernandes et al., 2009; Hancock et al., 2003; Miranda-Castilho et al., 2013; Reynolds et al., 2000). On the other hand, carers identified fewer unmet needs, when compared to the staff, which has also been referred to in previous research

(Hancock, et al., 2003; Miranda-Castillo et al., 2013). Carers also identified more global needs than the staff, consistent with results from previous studies (Fernandes et al., 2009; Hancock et al., 2003; Miranda-Castillo et al., 2013). Despite the fact that these differences have also been found by other authors, in the present investigation the number of unmet needs identified by the elderly is significantly lower, which seems to be related to cognitive difficulties and also to low educational qualifications and socio-economic status. Significant correlations were also found between the age and needs of the patients, with older patients presenting a higher number of unmet and global needs. Also Meaney et al. (2005) found similar results, mostly concerning unmet needs. However, several studies have not analyzed this condition and others have not found a link between age and number of needs (Field et al., 2004). Regarding these results, in this study it was found that older people presented more cognitive difficulties and more functional problems, which is probably influencing this pattern of results. Concerning gender, no significant differences were found in terms of needs, a result consistent with previous studies (Meaney et al. 2005; Field et al., 2004). However, Greaves et al. (2006) report a higher number of unmet needs in men.

When analyzing needs according to education qualifications, the patients with higher education had lower met, unmet and global needs, which seems to suggest that education has a positive effect regarding the elderly's needs. In Graffar's social classification, where education was a preponderant factor for the punctuation of this scale, the highest scores (associated with low education qualifications and non-specialized professionalization) were correlated with a higher number of met, unmet and global needs. Concerning marital status, in spite of single patients presenting more met needs, these differences can be explained by the fact that only 10 (18,5%) of these live alone and only 2 (3,7%) are more than 80 years old. However, despite Field et al. (2004) also finding more met needs in single participants, the authors attribute this condition to the fact that single participants received significantly more family help in attending their needs than married elderly. In the present study what seems to be determinant of these needs is the situation in which the person lives, and not their marital status. On the other hand, it was also found that the participants who lived alone had lower met and global needs than those who lived with other people. This result is related to the fact that people who lived in this condition were younger, had fewer cognitive deficits, lower levels of depression and a better functionality. In this domain, the results from Miranda-Castillo et al. (2010) point out the significant differences in terms of unmet needs. In that study patients who lived alone and presented a higher number of these needs had dementia, are older, more dependent and had more problems than the ones from the present sample. When analyzing the needs according to the type of habitation, it was found that patients who lived in apartments or houses had

lower met and global needs, and more unmet needs, when compared to the ones living in nursing homes. These data are in conformity with the majority of the previous studies, seeing as people institutionalized in nursing homes have more access to formal care. On the other hand, there were no significant differences in needs according to the geographical areas where the patients lived, which is also in accordance with other studies: Despite this, Meaney et al (2005) find more unmet needs in terms of social activities in the elderly with dementia, living in rural areas. Considering the care setting of patients, significant differences were found between inpatients and outpatients. In this sense, inpatients had more met, unmet and global needs when compared to outpatients. This result can be explained by the fact that the elderly were inpatients at an acute psychiatric ward, where the majority of the patients were assessed in the first days of hospitalization, during the acute psychiatric episode. Moreover, for the most part the items assessed concerned the conditions in which the patients lived in the community, in several cases unprotected people, living in poor environmental and social-economic contexts. However, these results seem to be also influenced by the decrease in assistance, an aspect that has been getting worse with the current economic and social crisis in Portugal.

Regarding the type of carer, it was found that patients who had a formal carer had more met and global needs, and lower unmet needs, than those who had no carer, or had an informal one. This result is related to the fact that these patients were in nursing homes, which take care of most of their needs. Also Greaves et al. (2006) mention that people without a carer have more unmet needs, although this difference is not significant regarding those who have an informal carer. However, in this sample the existence of a significant number of unmet needs in the patients with an informal carer seems to be influenced by the global needs in terms of psychological distress (65.1%) and lack of information (20.3%) of these carers. Regarding the carers' socio-demographic characteristics, it was found that, concerning gender, patients who were cared for by women had more met needs. Patients who were cared for by family had lower met needs than those who were cared for by informal carers not related to them. These results seem to be related to the fact that patients cared for by people not related to them have more needs due to worse cognitive and functional conditions, and their carers are younger and predominantly female (90%), which is in line with the established relationship to gender shown above.

Generally, it was found that most of these patients presented somatic comorbidities, namely vascular, endocrine/metabolic/breast and musculoskeletal/integument diseases. Several authors have mentioned that high prevalence of somatic disease was associated with mental disorder, pointing out nutritional/metabolic, cardiovascular and

musculoskeletal diseases as the most prevalent (De Heart et al., 2011). Charles and Peterson (2002) refer to the interference of the somatic comorbidities in the biological, cognitive, behavioural and social fields, determining more needs in these domains. However, in this study, it was only verified that the presence of lower gastro-intestinal and musculoskeletal/integument diseases was correlated with fewer met and global needs, contrary to the neurological pathology, which was correlated to a high number of these needs.

Regarding poly-medication, it was found that a higher consumption of psychotropic medication and of a higher global number of medications were associated with more met and global needs. Patients with major poly-medication also had more of this type of need. Some authors have associated poly-medication with the high prevalence of chronic and degenerative diseases in the elderly, which motivates the high use of medication (Galato et al., 2010; Vikktil, Blix, Moger & Reikvam, 2006). However, despite considering the occurrence of some problems related to the excessive use of medication, this is not established with direct correlation to specific needs. Considering the data described regarding the different cognitive, psychological and functional analyzed domains, it was found that patients who had more cognitive problems presented a higher number of global needs (met and unmet), which is consistent with other studies (Hoe et al., 2004; Meaney et al., 2005). Also, it was found that patients with worse functionality indexes were the ones who had more needs, when compared to the ones who had less dependence, in the BADL's and in the IADL's, data which was also pointed out by other authors (Fernandes et al., 2009). Concerning psychological variables, higher levels of depression were correlated with a higher number of global needs, also consistently with previous research (Fernandes et al., 2009; Houtjes et al., 2011). However, regarding anxiety scores, no correlation was found with these needs. The limitations of this study are related to the transversal design of the research, which was carried out in a sample of a single health unit population, which limits the generalization of the present findings. Further studies are needed to highlight and clarify the relationship between some factors and the clinical finding.

However, this work has made a major contribution to the identification of problems and needs of older people with mental health problems and their contextualization in terms of requirements for intervention.

Conclusions

Depression and dementia were the most common diagnoses in this sample. Daytime activities, psychological distress, memory, benefits and company were the main unmet needs, which raises concerns regarding the difficulties and suffering associated with the lack of a consistent response to these needs.

The worsening of these conditions appears to be influenced by the present socio-economic situation that older people are experiencing in Portugal. The main findings of this study, linked with cognitive deficits, higher depression and lower functionality with a greater number of needs, suggest that dementia is an important determinant in pinpointing the need for urgent structured intervention by the national health and social services. This requires coordinated intervention, based on a biopsychosocial perspective, in order to ensure maximum attendance to the problems and identified needs, leading to a better quality of life and well-being for these elderly mental health patients.

Acknowledgements

The authors wish to thank the Alto Minho Local Health Unit (Hospital de Santa Luzia and Hospital Conde de Bertiandos), in northern Portugal, for permission to carry out this study, and also acknowledge the collaboration of all health professionals in the Department of Psychiatry and Mental Health. They also thank all the patients and carers who agreed to participate in the study.

References

- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., Martins, C., & Pinto, C. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, 31 de Janeiro a 2 de Fevereiro de 2008, 217-220.
- Ashaye, O. A., Livingston, G., Orrell, M. W. (2003). Does standardized needs assessment improve the outcome of psychiatric day hospital care for older people? a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 7 (3): 195–199.
- Ayis, S., Paúl, C., &Ebrahim, S. (2010). Psychological Disorders in Old Age: Better Identification for Better Treatment. *European Journal of Psychological Assessment*, 26 (1), 39-45.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2006).Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, 17 (36), 7-31.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de depressão geriátrica: Tradução portuguesa da GeriatricDepressionScale de Yesavage et al. 2ª ed. Lisboa: Grupo Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Ptroski, E. L., & Gonçalves, L. H. T. (2008). Actividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista Saúde Pública*, 42 (2), 302-307.
- Bjerrum L, Sógard J, Hallas J, &Kragstrup J. (1998).Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimen. A prescription database study.*European Journal of Pharmacology*, 54, 197-202.
- Buck, C. J. (2011). 2012 ICD-9-CM for Hospitals, Volumes 1, 2 & 3, Professional Edition. St. Louis, MO: Saunders, an imprint of Elsevier, Inc.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., &Lantada, N. (1999).Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *RevistaNeurologia*, 28 (7), 648-655.
- Charlson, M., & Peterson, J. C. (2002). Medical Comorbidity and Late Life Depression: What is Known and What are the Unmet Needs? *Biological Psychiatry*, 52, 226 – 235.
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai I..., &Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, 52-77.

- Deck, H., & Machleidt, W. (2004). Relevance and applicability of the CANE in the German Health Care System. In M. Orrell, & G. Hancock (Eds.), *CANE – Camberwell Assessment of Need For The Elderly*. London: Gaskell.
- Engel, G. (1977). The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fernandes, L. (2004). Factores Biopsicológicos e Dinâmica Familiar na Doença Asmática (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Fernandes, L., Gonçalves-Pereira, M., Leuschner, A., Martins, S., Sobral, M., Azevedo, L. F., et al. (2009). Validation study of the Carberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *Internacional Psychogeriatrics*, 21 (1), 94-102.
- Field, E., Walker, M., & Orrell, M. (2004). The needs of older people living in sheltered housing. In M. Orrell, & G. Hancock (Eds.), *CANE – Camberwell Assessment of Need For The Elderly*. London: Gaskell.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-98.
- Galato, D., Silva, E.S., & Tiburcio, L.S. (2010). Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciência & Saúde Colectiva*, 15 (6), 2899-2905.
- Gonçalves-Pereira, M., Fernandes, L., Leuschner, A., Barreto, J., Falcão, D., Firmino, ..., & Orrell, M. (2007). Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need For The Elderly): desenvolvimento e dados preliminares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 7-18.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455-459.
- Greaves, S., Bhat, M., Regan, C., Qazi, A., Miranda-Castillo, C., & Orrell, M. (2006). The unmet needs of referrals to old age psychiatry liaison services. *Psychogeriatrics Polska*, 3 (4), 175-182.
- Guerreiro, M. (1998). Contributo da Neuropsicologia para o Estudo das Demências (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Hancock, G.A., Reynolds, T., Woods, B., Thornicroft, G. & Orrell, M. (2003). The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer and the staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 803-811.
- Hoe, J., Orrell, M., Lambert, J., & Prettyman, R. (2004). The needs of long term day hospital attenders. In M. Orrell, & G. Hancock (Eds.), *CANE – Camberwell Assessment of Need For The Elderly*. London: Gaskell.

- Houtjes, W., Van Meijel, B., Deeg, D.J.H., & Beekman, A.T.F. (2011). Unmet needs of outpatients with late-life depression; a comparison of patient, staff and carer perceptions. *Journal of Affective Disorders*, 134, 242–248.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011: Resultados Definitivos – Portugal, Lisboa: INE.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Mahoney, F. I., & Barthel D. (1965). "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Marra, T. A., Pereira, L. S. M., Faria, C. D. C. M., Pereira, D. S., Martins, M. A. A. & Tirado, M. G. A. (2007). Avaliação das actividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (4), 267-273.
- Mateus, R., Ybarzábal, M., García, M., J., Amboage, M., T., & Fraguera, I. (2004). The Spanish CANE: validation study and utility in epidemiological surveys. In M. Orrell, & G. Hancock (Eds.), *CANE – Camberwell Assessment of Need For The Elderly*. London: Gaskell.
- Meaney, M., Croke, M., & Kirby, M. (2005). Needs assessment in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 322–329.
- Miller, M., Paradis, C.F., Houck, P.R., Mazumdar, S., Stack, J.A., Rifai, A.H., ... Reynolds, C. F. (1992). Rating Chronic Medical Illness Burden in Geropsychiatric Practice and Research: Application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Research*, 41, 237–48.
- Miranda-Castillo, C., Woods, B. & Orrell, M. (2010). People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *International Psychogeriatrics*, 22 (4), 607–617.
- Miranda-Castillo, C., Woods, B., & Orrell, M. (2013). The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research* 13: 43. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/43>.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9 (2), 19-25.
- Orrell M., & Hancock, G. (2004). *CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly*. Gaskell: London, U.
- Passos, J., Sequeira, C. & Fernandes, L. (2012). The Needs of Older People with Mental Health Problems: A Particular Focus on Dementia Patients and Their Carers. *International Journal of Alzheimer's Disease*, Article ID 638267, 7 pages. doi:10.1155/2012/638267.

- Paúl, C. (2007). Old-Old People: Major Recent Findings and the European Contribution to the State of the Art. In R. Fernandez-Ballesteros (ed.), *Geropsychology. European perspectives for an ageing world* (pp. 128-144). Gottingen: Hogrefe y Huber.
- Portugal, Ministério da Saúde (2007). Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007–2016*.
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., & Orrel, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly: development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*, 176, 444–452.
- Serra, A. V., Ponciano, E., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung, numa amostra da população portuguesa – II. – Sua avaliação como instrumento de medida. *Psiquiatria Clínica*, 3 (4), 203-213.
- Shulman, K. I., Shedletsky, R., & Silver, I. L. (1986). The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 135–140.
- Snowdon, J. (2002). Prevalence of depression in old age. *Rev Bras Psiquiatr*, 24, (Supl I), 42-7.
- Sotto-Mayor, M., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2009). Satisfaction in dementia and stroke caregivers: a comparative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (5), 620-624.
- Sousa, R. M. M., Scazufca, M., M., Rossi P., Crepaldi, A. L., & Prince, M. J. (2009). Feasibility and reliability of the elderly version of the Camberwell Assessment of Needs (CANE): results from the São Paulo Ageing & Health Study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (1), 4-8.
- Vikktil, K. K., Blix, H. S., Moger, T. A., & Reikvam, A. (2006). Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63, 187-195.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*, 17 (1), 37-49.
- Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12 (6), 371–379.
- Walters, K., Iliffe, S., Tai, S. S., & Orell, M. (2000). Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: The Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. *Age and Ageing*, 29, 505 - 510.
- World Health Organization (1978). ICD-9 International Classification of Diseases. WHO, Geneva.

4. BIBLIOGRAFIA

Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

Engel G. The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 1997; 196: 129-136.

Orrell, M, Hancock G. CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly. London: Gaskell, 2004.